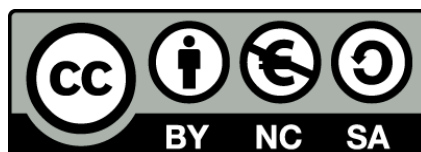




UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico

Marta Romero García



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria

Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico

Marta Romero García

TESIS DOCTORAL

Barcelona, 2016



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico

Presentada por

Marta Romero García

Directoras

Dra. Pilar Delgado Hito

Dra. María Teresa Lluch Canut

Tutora

Dra. María Teresa Lluch Canut

Barcelona, 2016

Para Darío por su amor, cuidado y apoyo incondicional.

Para Laia y Ander mis dos amores

Para Marta y Andrea mis dos soles.

*A mis padres que me llenan de valores y apoyan siempre
todas mis decisiones.*

A mi hermana Anabel, por estar siempre.

*A mi familia y a todos los que de una manera u otra forman parte
de mí.*

Agradecimientos

A mis directoras de tesis, Dra. M^a. Teresa Lluch y Dra. Pilar Delgado, por aceptar dirigir la presente tesis. No tengo palabras para agradecerles de todo corazón el tiempo, las sabias aportaciones y muestras de cariño y aliento que he recibido durante este camino.

Quisiera agradecer la participación de todos los pacientes. Quiero transmitir con éste agradecimiento, todo mi respeto, y cariño a todos los pacientes de la UCI por su participación que nos ha permitido llevar a cabo esta investigación que nos ayuda a avanzar en el conocimiento y desarrollo individual y colectivo. Sin ellos nuestra profesión carece de sentido.

Al equipo de trabajo de la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Belén Acosta, Laura de la Cueva, Pilar Delgado, Carme Jover, Montserrat Sola, Natalia Sola y Maite Ricart. Han sido muchos años de trabajo y momentos inolvidables. Daros de nuevo las gracias por confiar en mí y permitir que mi tesis doctoral forme parte de un proyecto que iniciamos juntas.

A Pilar Delgado por iniciar este proyecto y depositar en mí ese granito de confianza tan necesario, por su generosidad y grandes oportunidades que me ha hecho compartir, sin olvidar su amistad de más de 20 años.

A Laura de la Cueva por su buen hacer y aprendizaje compartido durante un año al realizar la parte cualitativa del proyecto del que hoy nace esta tesis y posteriormente, por todos los momentos de ayuda, consuelo y amistad compartida bajo el mismo despacho.

A Joan Trujols, psicólogo del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y experto en cuestionarios, por su tiempo, su experiencia y consejos indispensables para el diseño y elaboración del cuestionario sin esperar nada a cambio, ahora le muestro mi más sincera gratitud.

A Alexandra Chapado, enfermera de la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que aceptó colaborar en el proyecto «Calidad percibida de los cuidados enfermeros por los pacientes críticos: un abordaje mixto» durante la distribución y recogida de cuestionarios, así como la introducción de los datos en la base de datos. FIS (PI11/00447).

A Juan Roldán, profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios por su tiempo, generosidad y sabios consejos a nivel psicométrico.

A Llúcia Benito, enfermera y estadística del Institut Català d'Oncologia, por sus palabras, apoyo y dedicación a nivel estadístico.

A Margarita Esteve, directora de enfermeras del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, por su modelo de gestión que impulsa y ayuda a la investigación enfermera y por todo su apoyo en esta investigación.

A todas mis compañeras enfermeras, mi gran familia del turno de noche, de la UCI del Hospital de Sant Pablo por todas las noches de complicidad y trabajo.

A todos los profesores y profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, que me acogieron y ayudaron en especial a la profesora Rosa Blasco como referente para la Enfermería y apostar por mis posibilidades como docente en un momento determinado haciendo posible iniciar una carrera académica fascinante.

Y sin pretender olvidarme a nadie, gracias a todos aquellos por estar a mi lado y que de una manera u otra habéis hecho posible esta tesis.

*"La búsqueda de la virtud psicométrica es inútil si
el instrumento está tan mal enfocado que es
irrelevante para el paciente"*

[Bilsbury y Richman, 2002]

ÍNDICE	I
Tablas.....	V
Figuras	VII
Gráficos.....	VIII
Resumen / Abstract.....	1
Introducción.....	5
1. MARCO TEÓRICO	11
1.1. Unidades de Cuidados Intensivos.....	13
1.2. Satisfacción con los cuidados enfermeros	23
1.3. Escalas de medición de la satisfacción del paciente	31
1.3.1. Escalas de satisfacción en el ámbito internacional.....	34
1.3.2. Escalas de satisfacción ámbito nacional	62
1.3.3. Incorporación de la perspectiva del paciente crítico en el diseño de cuestionarios.	70
1.4. Perspectiva del paciente crítico en relación al cuidado enfermero satisfactorio. <i>Modelo Teórico</i>	77
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	83
3. METODOLOGÍA	87
3.1. Diseño de estudio	88
3.2. Ámbito de estudio	88

3.3. Población de estudio y muestra	88
3.4. Variables del estudio.....	89
3.5. Instrumentos	90
3.5.1. La <i>Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)</i>	90
3.5.1.1. Diseño y construcción inicial de la <i>NICSS</i>	91
3.5.1.2. Estructura de la versión definitiva de la <i>NICSS</i>	95
3.5.2. Otros instrumentos utilizados.....	98
3.6. Procedimiento	99
3.7. Análisis de datos	100
3.7.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.	101
3.7.2. Análisis descriptivo de los ítems de la <i>NICSS</i>	101
3.7.3. Análisis de la fiabilidad	102
3.7.4. Análisis de la validez	103
3.7.5. Análisis del nivel de satisfacción.....	108
3.7.6. Análisis de la relación entre la satisfacción del paciente y variables sociodemográficas y clínicas.	108
3.7.7. Análisis de contenido de las preguntas abiertas.....	109
3.8. Aspectos éticos.....	109
4. RESULTADOS.....	111
4.1. Resultados preliminares.....	112
4.2. Descripción de la muestra de estudio	114

4.3. Resultados del análisis de los ítems de la NICSS	116
4.4. Resultados del análisis de la fiabilidad.....	119
4.4.1. Resultados del análisis consistencia interna.....	119
4.4.2. Resultados del análisis test-retest o estabilidad temporal	121
4.5. Resultados del análisis de la validez.....	123
4.5.1. Resultados del análisis de la validez de constructo: análisis factorial confirmatorio	123
4.5.2. Resultados del análisis de la validez de criterio.....	126
4.6. Niveles de satisfacción del paciente crítico	127
4.7. Relación entre la satisfacción del paciente y variables sociodemográficas y clínicas.....	134
4.8. Resultados preguntas abiertas	140
5. DISCUSIÓN	143
5.1. Discusión de los resultados obtenidos.	144
5.2. Limitaciones del estudio.....	162
5.3. Propuestas para la práctica profesional y otras investigaciones	163
5.4. Financiación y disusión de la investigación.....	165
6. CONCLUSIONES	167
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171
8. ANEXOS	203
Anexo 1. Formulario <i>ad-hoc</i> para las variables sociodemográficas y clínicas.	204

Anexo 2. Valoración de delirio mediante la escala <i>The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)</i>	205
Anexo 3. Test de <i>Glasgow Coma Score</i>	207
Anexo 4. Hojas informativas y consentimiento informado (I)	208
Anexo 5. La <i>Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS)</i>	211
Anexo 6. Preguntas generales de la <i>Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)</i>	214
Anexo 7. Formulario <i>ad-hoc</i> para las variable sociodemográficas y clínicas	215
Anexo 8. La <i>Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)</i> ...	216
Anexo 9. Permiso para utilizar la validación en español de La <i>Consumer Emergency Care Satisfaction Scale</i>	218
Anexo 10. Puntuación para la <i>Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)</i>	219
Anexo 11. Hojas informativas y consentimiento informado (I)	220
Anexo 12. Aprobación del comité de investigación y ética del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.....	223
Anexo 13. Admisión del Proyecto de investigación en el Programa de Doctorado.....	224
Anexo 14. Participación en Congresos	225

Tabla 1. Clasificación de los niveles de cuidados al paciente crítico.....	17
Tabla 2. Descripción de instrumentos de medida relacionados con la calidad y la satisfacción de los cuidados enfermeros.	60
Tabla 3. Clasificación de los <i>Cuestionarios de Satisfacción del Paciente (CSP)</i>	74
Tabla 4. Sistema de codificación-categorización del concepto de satisfacción.	81
Tabla 5. Configuración de la <i>NICSS</i>	97
Tabla 6. Valores mínimos y máximos por factores, categorías y la escala total	98
Tabla 7. Interpretación de los índices de ajuste	107
Tabla 8. Opciones de respuesta.....	113
Tabla 9 Características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=200).	114
Tabla 10. Características clínicas de la muestra de estudio (n=200).	115
Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala <i>NICSS</i>	117
Tabla 12. Coeficiente de consistencia interna de los factores.....	119
Tabla 13. Coeficiente de consistencia interna de la <i>NICSS</i>	120
Tabla 14. Análisis test-retest de los factores del cuestionario de satisfacción	122
Tabla 15. Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})	124
Tabla 16. Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio.....	126

Tabla 17. Matriz de correlaciones (Pearson) multirrasgo-multimétodo	127
Tabla 18. Descripción de la puntuación total de satisfacción	128
Tabla 19. Niveles de satisfacción en cada uno de los ítems de la <i>NICSS</i> según categorías de respuesta.	132
Tabla 20. Relación entre el nivel de satisfacción global y variables sociodemográficas y clínicas	134
Tabla 21. Relación entre el nivel de satisfacción en el <i>Factor 1</i> y variables sociodemográficas y clínicas	135
Tabla 22. Relación entre el nivel de satisfacción en el <i>Factor 2</i> y variables sociodemográficas y clínicas	136
Tabla 23. Relación entre el nivel de satisfacción en el <i>Factor 3</i> y variables sociodemográficas y clínicas	137
Tabla 24. Relación entre el nivel de satisfacción en el <i>Factor 4</i> y variables sociodemográficas y clínicas	137
Tabla 25. Puntuación de grado de recuperación, estado de salud y correlación con la satisfacción	138
Tabla 26. Relación entre el nivel de satisfacción global de la <i>NICSS</i> en función de los ítems criterio	139
Tabla 27. Relación de códigos, frecuencias y porcentajes de lo que más les ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI	141
Tabla 28. Relación de códigos, frecuencias y porcentajes de lo que menos les ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI.	142

Figura 1. Modelo holístico de satisfacción con los cuidados de salud.....	26
Figura 2. Diseño y validación de la <i>NICSS</i>	91
Figura 3. Procedimiento para la recogida de datos	100
Figura 4. Especificación del <i>Modelo</i> con 4 factores y 49 ítems	105
Figura 5. Parámetros estandarizados del modelo	125

Gráficos

Gráfico 1. Causa o enfermedad de ingreso en UCI.....	115
Gráfico 2. Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas <i>NICSS</i>	121
Gráfico 3. Media de la puntuación test-retest versus diferencia entre puntuaciones test-retest (<i>Bland–Altman</i>).....	122
Gráfico 4. Histograma de la diferencia entre la puntuación de las dos medidas de la <i>NICSS</i>	123
Gráfico 5. Distribución de las puntuaciones del Factor 1: Cuidado Holístico .	128
Gráfico 6. Distribución de las puntuaciones del Factor 2: <i>Formas de Comunicación</i>	129
Gráfico 7. Distribución de las puntuaciones del <i>Factor 3: Comportamientos Profesionales</i>	129
Gráfico 8. Gráfico de caja para la distribución de las puntuaciones del Factor 4: Consecuencias	130
Gráfico 9. Gráfico de caja para la distribución de las puntuaciones de la <i>NICSS</i>	130
Gráfico 10. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la <i>NICSS</i> ...	131

Introducción. A pesar de los beneficios y avances en la medición de la satisfacción con los cuidados enfermeros que se derivan de la utilización de instrumentos, ninguno de ellos se ha creado específicamente para valorar la satisfacción en las unidades de cuidados intensivos, por lo que no recogen las dimensiones importantes para el paciente crítico, ni valoran en toda su extensión y de forma integral los cuidados enfermeros en este contexto práctico.

Por todo ello, tomando la satisfacción como una opinión de la calidad del cuidado, es relevante conocer las dimensiones de la satisfacción desde la perspectiva de los pacientes como base para la creación y validación de un cuestionario que permita evaluar la satisfacción del paciente crítico con los cuidados.

Objetivos. Diseñar y validar un cuestionario desde la perspectiva del paciente crítico para evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros.

Metodología. Diseño cuantitativo psicométrico y transversal. El ámbito de estudio fueron tres unidades de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel. La población fueron todos los pacientes dados de alta. Muestreo consecutivo (n=200).

Para el diseño del cuestionario inicial, la generación de los ítems se basó en las dimensiones del estudio cualitativo previo. El resultado de la de validación de contenido (n=30) fue un cuestionario con 49 ítems distribuidos en 4 factores: *Cuidado Holístico*, *Formas de Comunicación*, *los Comportamientos Profesionales* y las *Consecuencias* de recibir cuidados satisfactorios.

Para la recogida de datos, una vez dado de alta el paciente se le entregó los instrumentos de evaluación y pasadas 48 horas, se entregó de nuevo el cuestionario, para analizar la estabilidad temporal.

Para la validación del cuestionario, se utilizó el análisis de consistencia interna (*alpha de Cronbach*) y la estabilidad temporal (*test re-test*). La validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio, y la validez de criterio a partir de la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*.

Resultados. La fiabilidad del *Cuestionario de Satisfacción* fue de 0.95 y los factores obtuvieron valores entre 0.7 y 0.91. El Coeficiente de Correlación Intraclass de la escala total fue de 0.83 indicativo de una buena estabilidad temporal. La validez de constructo mostró un ajuste aceptable y una estructura factorial con 4 factores, coincidiendo con del Modelo Teórico, siendo el factor: *Consecuencias* el que mejor se correlacionó con el resto de factores. La validez de criterio, presentó una correlación entre moderada o elevada (extremos: 0.42-0.68).

Los resultados de este estudio revelan que los pacientes críticos presentan índices de satisfacción muy elevados y que algunas de las variables sociodemográficas y clínicas analizadas presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. El *Cuestionario de Satisfacción* ha sido diseñado y validado incorporando la perspectiva del paciente crítico. Por su fiabilidad y validez, este cuestionario puede ser utilizado tanto en la investigación como en la práctica clínica.

Palabras clave: Satisfacción del paciente, Unidades de Cuidados Intensivos, Atención de Enfermería, Diseño de cuestionario, Fiabilidad y validez.

Introduction. Despite the benefits and advances in measuring satisfaction with nursing care arising from the use of instruments, none is specifically designed to assess satisfaction in intensive care units, therefore they do not collect important dimensions for the critical patient nor value full extension of nursing care in this practical context in a comprehensive manner.

Taking satisfaction as an opinion of the quality of care, it is relevant to know the dimensions of satisfaction from the perspective of patients as a basis for the creation and validation of a questionnaire to assess the satisfaction of the critical patient with the cares.

Aims. To design and validate a questionnaire, from the perspective of critical patients, to assess satisfaction with nursing cares

Methodology. Psychometric and transversal quantitative design. The scope of the study was three Intensive Care Units of a third level hospital. The population were all discharged patients. Consecutive sample (n = 200)

For designing the initial questionnaire, the generation of items was based on the dimensions of previous qualitative study. The result of content validation (n=30) was a questionnaire with 49 items distributed in four factors: *Holistic Care*, *Communication Modes*, *Professional Behaviors* and the *Consequences* of receiving satisfactory cares.

For data collection, all assessment instruments were given to discharged patients and 48 hours later, to analyze the temporal stability, only the questionnaire was given again.

The validation process of the questionnaire included the analysis of internal consistency (Cronbach's alpha coefficient); temporal stability (test-retest); validity of construct through a confirmatory factor analysis; criterion validity from the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale.

Results. Reliability of *Satisfaction Questionnaire* was 0.95 and factors obtained values between 0.7 and 0.91. The intraclass correlation coefficient for the total scale was 0.83 indicating a good temporal stability. Construct validity showed an acceptable fit and factorial structure with four factors, in accordance with the theoretical model, being *Consequences* factor the best correlated with other factors. Criterion validity, presented a correlation between low and high (range: 0.42 to 0.68).

The results of this study reveal that critical patients have very high rates of satisfaction and that some of the sociodemographic and clinical variables analyzed showed statistically significant differences.

Conclusions. The *Satisfaction Questionnaire* has been designed and validated incorporating the perspective of critical patients. Thanks to its reliability and validity, this questionnaire can be used both in research and in clinical practice.

Keys words. Patient Satisfaction, Intensive Care Units, Nursing Care, Questionnaire design, Reliability and validity.

Tendría que remontarme a principios de este siglo, para explicar cómo nace la idea de este estudio. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona, un grupo de enfermeras formado por Pilar Delgado, Laura de la Cueva, Belén Acosta, Carmen Jover, Teresa Ricart, Montse Sola, Natalia Sola y Marta Romero estábamos interesadas en la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros.

En la literatura científica era palpable la necesidad de conceptualizar la satisfacción con los cuidados enfermeros y conocer las dimensiones que conformaban el concepto de satisfacción, desde la perspectiva del paciente crítico. De la misma manera, los instrumentos que permitían evaluar la satisfacción contenían ítems más relacionados con aspectos estructurales y de los servicios ofrecidos por el hospital que con los cuidados y, por tanto, no reflejaban la satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico. Para conseguir estos objetivos teníamos claro que queríamos plantear un proyecto desde una metodología mixta, con una primera parte cualitativa que permitiera conocer las dimensiones del concepto de satisfacción y que sirviera de base para una segunda parte cuantitativa, que consistiría en el diseño y validación de un cuestionario

Compaginar el trabajo asistencial con la investigación, no era fácil. Cuatro enfermeras del grupo, entre las que me incluyo, trabajábamos en el turno de noche y la implicación en el grupo dependía del esfuerzo individual. Por otra parte, la metodología mixta planteada para llevar a cabo el estudio tenía implícita gran dosis de tiempo y esfuerzo por parte del grupo investigador y en esos momentos no podíamos comprometernos, por lo que decidimos abandonar la idea de llevar a cabo el estudio.

En el año 2010 cuando la “Molt Il·lustre Administració” (MIA) del HSCSP (Fundación Privada) incorporó las Becas de Enfermería destinadas a la investigación y estancias en centros de excelencia, volvimos a retomar este

proyecto latente de la satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico. A partir de ese momento, fue todo muy deprisa. Pilar Delgado recibió la Beca MIA-2010 como investigadora principal del proyecto, pero simultáneamente, consiguió una plaza a tiempo completo como profesora colaboradora en el Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería (Universidad de Barcelona), y tuvo que renunciar a ser Investigadora Principal del Proyecto por dejar de ser plantilla del hospital. Por ello, fuimos Laura de la Cueva y Marta Romero, las que recibimos la Beca de Enfermería para el Proyecto de Investigación 2010: *“Percepción de los pacientes críticos con relación a la satisfacción de los cuidados de enfermería”* y desde noviembre de 2010 a octubre de 2011 estuvimos liberadas de la asistencia en un 50% para avanzar en la primera parte del proyecto, guiadas y apoyadas, en todo momento, por Pilar Delgado en cada uno de los pasos de la investigación como experta en investigación cualitativa.

Paralelamente, se solicitó financiación a través de las "Ayudas a proyectos de investigación" que convoca anualmente el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona y a la convocatoria de ayudas de proyectos de investigación en salud dentro de la "Acción Estratégica de Salud" del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad). El proyecto recibió financiación por ambas entidades convirtiéndome en Investigadora Principal de estos proyectos, que han tenido como finalidad apoyar el interés científico que desde hace muchos años tengo en relación al estudio de la satisfacción de los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente.

El término satisfacción tiene un significado subjetivo e individual y aunque desde la década de los 90 el enfoque de la calidad cambia y se centra en el paciente y sus expectativas (López, 2005; Williams, 1994); no disponemos de una definición aceptada ni una teoría subyacente que nos permita medir la satisfacción. En esta línea, diversos estudios presentan la satisfacción como un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, su definición varía según el contexto social y la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella (Turris,

2005; Wagner y Bear, 2009). Conocer la opinión del paciente crítico evidenciando indicadores de calidad del cuidado relacionados con el contexto, procesos y resultados, posibilita, poder ajustar las intervenciones enfermeras a las necesidades, prioridades y experiencias del paciente.

En la literatura aparecen algunos instrumentos que permiten conocer el nivel de satisfacción (Babakus y Mangold, 1992; Cabrero, 1994; Dabis y Bush, 1995; Larson, 1984) pero a pesar de los beneficios y avances en la medición de la satisfacción con los cuidados enfermeros que se derivan de la utilización de estos instrumentos, no existe ninguno que haya sido creado específicamente para valorar la satisfacción con el cuidado enfermero desde la perspectiva del paciente, en unidades tan complejas y especializadas como las unidades de cuidados intensivos, por lo que no recogen las dimensiones importantes para el paciente crítico, ni valoran en toda su extensión y de forma integral los cuidados enfermeros en este contexto práctico.

Por todo ello, tomando la satisfacción como una opinión de la calidad del cuidado que representa elementos específicos de dicha calidad, los cuales, en su mayoría están relacionados con las expectativas y los valores de los pacientes, es significativamente relevante, conocer las dimensiones de la satisfacción desde la propia perspectiva de los pacientes críticos (Cabrero et al., 1995; de la Cueva et al., 2014; Merkouris, Infantopoulos, Lanara y Lemonidou, 1999; Romero et al., 2013). Dicha conceptualización fue formulada a partir del estudio cualitativo previo a esta investigación, en el que se concluyó con el planteamiento de un *Modelo Teórico* de la satisfacción con cuatro dimensiones: el *Cuidado Holístico*, las *Formas de Comunicación*, los *Comportamientos Profesionales* y las *Consecuencias* de recibir cuidados satisfactorios (de la Cueva et al., 2014; Romero et al., 2013). Este ha sido el modelo que ha servido como base para el planteamiento del trabajo que se desarrolla en esta tesis doctoral: la creación y validación de un cuestionario específico para evaluar la satisfacción del paciente crítico con los cuidados enfermeros desde su perspectiva, ya que, posibilitar unos cuidados realmente centrados en el paciente requiere una evaluación de dichos cuidados igualmente centrada en el paciente. Esta evaluación únicamente será posible

si, además de la firmeza psicométrica del instrumento de medida, la medición incorpora la perspectiva de los pacientes.

En este sentido, el diseño y validación de un *Cuestionario de Satisfacción del Paciente Centrado en el Paciente crítico*, para la evaluación de la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros permitirá disponer de un instrumento para monitorizar la satisfacción y poder incidir en la mejora continua de la calidad del servicio prestado al abordar los cuidados desde otra perspectiva y racionalidad.

El presente trabajo de tesis está organizado en 7 capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico dividido a su vez en 4 apartados; en el primero se describe el origen y estructura de las unidades de cuidados así como los agentes implicados que detallan el contexto; el segundo profundiza sobre el concepto de satisfacción; el tercero muestra las escalas de medición de la satisfacción tanto a nivel internacional como nacional focalizando en aquellos que destacan tanto por su reconocimiento como por su validación, y la incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de cuestionarios; finalmente, el cuarto apartado se centra en el *Modelo Teórico* en el que se basa el diseño del cuestionario.

En el capítulo 2 se detallan los objetivos y las hipótesis de la investigación para dar paso al tercer capítulo de metodología, que contempla el diseño, el ámbito de estudio y la muestra, las variables del estudio, los instrumentos utilizados y el procedimiento, así como la descripción del análisis de los datos y los aspectos éticos.

Después, se presenta el cuarto capítulo correspondiente a los resultados dividido a su vez en 7 apartados referidos a la descripción de la muestra, el análisis de los ítems del cuestionario, los resultados de análisis de fiabilidad y validez, los resultados de los niveles de satisfacción del paciente crítico, los resultados relativos a la relación entre la satisfacción y las variables sociodemográficas y clínicas; y los resultados de las preguntas abiertas, dando paso al capítulo de la discusión que incluye 4 apartados: la discusión de los resultados obtenidos, las limitaciones del estudio, las recomendaciones para la

práctica profesional y otras investigaciones y, por último, la financiación gracias a la cual se ha llevado a cabo esta investigación y la difusión de la misma.

Finalmente, el capítulo 6 muestra las conclusiones surgidas de los resultados de esta investigación y el capítulo 7 presenta las referencias bibliográficas utilizadas, acabando con el apartado de los anexos.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Unidades de Cuidados Intensivos

Florence Nightingale fue la enfermera que, a mediados del siglo XIX, durante la Guerra de Crimea, detectó la necesidad de agrupar a los pacientes más graves para facilitar los cuidados, debido a las elevadas tasas de mortalidad alcanzadas entre los soldados hospitalizados y diseñó una unidad de seguimiento para este tipo de pacientes, consiguiendo reducir la mortalidad de un 40% a un 2% (Hilberman, 1975). Esta concepción basada en el razonamiento que, de la agrupación de diferentes pacientes con unos mismos criterios en una zona concreta del Hospital, hacía posible una mejor utilización de los recursos humanos y técnicos, permitió la aparición de expertos en la atención del paciente crítico (Martínez, 2002; Vincent, 2013). Actualmente, estas unidades presentan unas características especiales relacionadas con los espacios físicos que ocupan, la monitorización, la atención continuada, o la ratio del personal, permitiendo una mejor gestión del paciente crítico y consiguiendo mejorar la mortalidad esperada hasta en un 60% (Takrouiri, 2003; Crocker, 2007).

En este sentido, las primeras unidades de reanimación en Europa, surgen debido al elevado número de pacientes que requerían ventilación mecánica a causa de las epidemias, como el brote de la poliomielitis de 1952 en Copenhague. En estas unidades se practicaron traqueotomías, técnicas de ventilación artificial y se trataron complicaciones hemodinámicas bajando la mortalidad de estos pacientes en un porcentaje elevado (Cuenca, 1999; Martínez, 2002; Lassen, 1953; Ristagno, & Weil, 2009; Takrouiri, 2003; Vincent, 2013). Posteriormente, durante los años 60 se crearon las primeras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en Europa, con la misma concepción que en la actualidad, en Baltimore por Safar en 1958 y en Pitsburg en 1961 (Chover, 1999; Martínez, 2002; Vincent, 2013).

En España surge la primera unidad de cuidados intensivos en Madrid en el año 1969, y ese mismo año se constituyó la unidad coronaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Fue en Murcia en 1970, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca donde empezó a funcionar una de las primeras unidades polivalentes. De este modo, la UCI general para paciente grave, fue concebida como unidad de enfermería para vigilancia y tratamiento

intensivo y tuvo un desarrollo importante, entre los años 70 y 90, cuando se abrían la mayoría de las unidades de cuidados intensivos en España (Chover, 1999; González & García, 2008).

La UCI se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a pacientes críticos que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico (Palanca et al., 2010; Valentin & Ferdinande, 2011; Vicent, 2013).

Son diversos los nombres que se utilizan para designar a estas unidades como por ejemplo unidad de medicina intensiva o unidad de vigilancia intensiva, pero también aparecen otras nomenclaturas que hacen referencia a la especialidad médica o patologías que tratan en dichas unidades como es el caso de la unidad de cirugía cardíaca, la unidad coronaria, la unidad de cuidados intensivos cardiológicos o la unidad de cuidados intensivos generales, entre otras.

Es en este tipo de unidades donde ingresa el paciente crítico, aquel que puede potencialmente complicarse comprometiendo la vida debido a una patología aguda o crónica y que para su tratamiento necesita de un gran nivel de asistencia (Hilberman, 1975; Takroui, 2003; Vicent, 2013). Esta asistencia requiere de personal médico y enfermero, auxiliares y celadores, así como personal auxiliar administrativo, personal de limpieza, y otros profesionales que colaboran con la unidad como el farmacéutico, dietista, radiólogo, psicólogo, fisioterapeuta y de otros servicios con enfermos ingresados en la UCI (Palanca et al., 2010; Valentin & Ferdinande, 2011).

Dentro de este equipo interdisciplinar, las enfermeras son los profesionales que destacan tanto en número como en continuidad de los cuidados que dispensan durante las veinticuatro horas del día. La valoración de las necesidades en

cuanto al número de enfermeras que precisan estas unidades tiene en cuenta factores como la carga de trabajo (incluyendo el nivel de dependencia del paciente), las funciones de la enfermera de la propia UCI, el solapamiento de tiempo necesario para hacer el traslado de responsabilidad en cada cambio de turno, las categorías profesionales y el perfil de competencias del equipo multiprofesional, así como, la contribución del personal auxiliar de enfermería.

En este sentido, aparecen instrumentos que permiten la monitorización de las intervenciones terapéuticas permitiendo ajustar la plantilla enfermera a las necesidades de los pacientes de acuerdo con la complejidad asistencial. El primer instrumento creado fue el *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 76)* (Cullen, Civetta, Briggs, & Ferrara, 1974) y desde entonces ha sufrido una serie de cambios, basados principalmente en la reducción de los ítems del instrumento original.

En 1996 se publicó la *TISS 28* (Miranda, de Rijk, & Schaufeli, 1996), basada en una revisión de la *TISS 76* construida a partir de un estudio multicéntrico en 22 unidades de críticos alemanas y 10.000 registros obtenidos de más de 900 pacientes. Este estudio logró, por una parte, simplificar la escala original, reduciendo de 76 a 28 el número de ítems y, por otra parte, establecer una asociación entre la puntuación TISS y el tiempo empleado por las enfermeras en las actividades que realizaban en las unidades de cuidados intensivos.

Solo un año más tarde se publica la *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS)* (Miranda, Moreno, & Iapichino, 1997), basada en la *TISS-28*, que permite de forma objetiva y reduciendo a tan sólo nueve ítems, una adecuada valoración del esfuerzo asistencial. La *NEMS* se comporta como un buen sistema de recogida de datos por la rapidez en su cumplimentación y por su fácil aplicabilidad, pero su diseño, fundamentalmente de carácter médico, dificulta su uso para el cálculo de plantillas en UCI, ya que no evalúa el esfuerzo asistencial, sino que mide el esfuerzo terapéutico. A pesar de ello, sigue siendo la escala más utilizada.

En el año 2003, se publica la *NAS (Nursing Activities Score)* (Miranda et al., 2003), esta escala valora tanto las intervenciones enfermeras relacionadas con

la gravedad del paciente, como aquellas otras que se llevan a cabo y que son independientes de dicha gravedad. De manera que determina el tiempo que se tarda en realizar cada una de las actividades de enfermería que se miden, ya que la carga de trabajo enfermero no es proporcional a la gravedad del paciente.

Con posterioridad a estas escalas surge la escala VACTE® (Valoración de las Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería) (Braña, del Campo, Fernández, & de la Villa, 2007) desarrollada por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Jove (Gijón) aunque con menos impacto hasta el momento.

También aparecen recomendaciones para ajustar la plantilla mediante la adecuación de la misma a las necesidades del paciente crítico, midiendo el nivel de cuidado, es decir, por su gravedad y dependencia (Haupt et al., 2003; Iapichino et al., 2005). Dependiendo de estos factores, se estiman las necesidades de ratio 1:1 (1 paciente por 1 enfermera), para una UCI de nivel asistencial III (Palanca et al., 2010; Valentin & Ferdinande, 2011). La tabla 1 muestra una clasificación según los niveles de cuidados que precisan los pacientes críticos en función de las necesidades que estos presentan.

Tabla 1. Clasificación de los niveles de cuidados al paciente crítico

Nivel 0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
Nivel 1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
Nivel 2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
Nivel 3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Department of Health. (2000). *Comprehensive critical care: a review of adult critical care services*. London: HMSO.

Resulta interesante mencionar los numerosos estudios que describen la relación existente entre la ratio de enfermeras y los efectos adversos que ocurren en una UCI, relacionados con complicaciones graves. Los resultados de los diversos estudios indican que se obtienen mejores resultados cuanto mayor es la proporción de enfermeras y mayor es el número de horas de enfermera por paciente (Hartigan, 2000; Galley & O'Riordan, 2003; Heinz, 2004; Silva, Sousa & Padilha, 2011).

Debido al nivel de complejidad del paciente crítico, las enfermeras que trabajan en estas unidades han de mantener un alto nivel de vigilancia y control acerca de la aparición de cambios no esperados en su evolución, tratamiento o pruebas diagnósticas de una manera continuada. De la misma manera, resulta necesario que estas enfermeras reciban, por un lado, formación específica en cuidados críticos que les aporte un profundo conocimiento científico tanto de los procesos fisiopatológicos de los pacientes como de las respuestas del paciente frente a la enfermedad y, por otro lado, formación continuada que les permita estar familiarizadas con las técnicas y procedimientos y capacitadas para la valoración integral y la planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica.

Desde una perspectiva más general, la clasificación de los niveles de cuidados al paciente crítico está relacionada básicamente con el aspecto biológico de la persona, sin contemplar el aspecto psicosocial, emocional y espiritual del paciente crítico. Atendiendo a estas consideraciones, durante los últimos años, las enfermeras han tratado de acercarse al significado de las experiencias subjetivas de los pacientes en estado crítico, para describir los significados que ellos otorgan a dicha experiencia.

Deben señalarse, los estudios revisados que ponen de manifiesto, los aspectos fundamentales de las realidades experimentadas por los pacientes durante su estancia en unidades de críticos. En una revisión de 26 estudios, Stein-Parbury y McKinley (2000), concluyen que los pacientes pueden recordar parte o toda su estancia en UCI entre un 30% y el 100% de ellos. Los resultados muestran que los pacientes manifiestan experiencias tanto positivas como negativas, de

índole física, psicológica y emocional. Las alteraciones fisiológicas referidas habitualmente como negativas, se centran principalmente en la sed, la percepción del dolor, el malestar relacionado con los ruidos, la limitación del movimiento, las incomodidades relacionadas con los elementos invasivos, la pérdida de autonomía, la dificultad para dormir, el aislamiento y la limitación de la comunicación (Stein-Parbury & McKinley, 2000; Hofhuis et al., 2008).

Otros autores, Solano y Siles (2003), en su trabajo de análisis de las vivencias de un paciente, describen la experiencia de dolor del paciente como un recuerdo persistente. Del mismo modo, describen experiencias negativas relacionadas con las molestias e incomodidades al realizar procedimientos enfermeros, en un principio destinados a la satisfacción de necesidades y a la comodidad del paciente. Deben señalarse, las limitaciones físicas que provocan ansiedad, inquietud, insomnio, infravaloración, incomprensión (Beltrán, 2009; Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano & de Andrés, 2007) y la dependencia extrema que el paciente puede experimentar cuando algo que ha realizado de forma autónoma durante toda su vida es realizado por otros (Solano & Siles, 2003). Los pacientes buscan una recuperación pronta del control debido a que la pérdida de control es causa de frustración, de sensación de vulnerabilidad y de inseguridad (Solano & Siles, 2003).

En este sentido, la experiencia vivida por los pacientes en estado crítico en una UCI es muy compleja, el paciente es arrancado de su forma de vida habitual, separado de sus seres queridos y sometidos a técnicas invasivas, que como mínimo pueden considerarse incómodas. El paciente crítico presenta también una serie de características relacionadas directamente por el hecho de ingresar en UCI, debido a la situación de desprotección y vulnerabilidad que experimenta cuando ingresa en estas unidades. Sentimientos de miedo, ansiedad o percepción de muerte inminente, son muy frecuentes. Arrancados de su entorno, se encuentran en un ambiente hostil y tecnológico, donde a veces, los medios más sofisticados para garantizar los cuidados que necesita parece que lo alejan de la atención y el trato humano (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2007; Arredondo-González & Siles-González, 2009; Delgado et al., 2001; Romero et al., 2013).

La estructura física que envuelve a estas unidades se caracteriza por ser lugares cerrados, con horarios de visita restringidos, dónde los profesionales que en ellas trabajan y los pacientes mantienen escaso contacto con sus familiares o allegados (Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro & Lastra, 2004), haciendo romper la unión de la persona con su entorno más cercano y prevaleciendo la comodidad de los profesionales en el desempeño de su trabajo. Esto es debido, en gran parte, a la gravedad del paciente y al papel que juega la tecnología en las UCI frente a las relaciones humanas. Actualmente, se observa una tendencia a aumentar estos horarios e incluso se piensa en hacerlas totalmente abiertas. Algunos autores perciben una voluntad para el cambio por parte de los profesionales de incluir a los familiares en las dinámicas del paciente (Velasco, Prieto, Castillo, Merino, & Perea-Milla, 2005; Zaforteza et al., 2004) y destacan la necesidad de este cambio (de la Cueva-Ariza, 2012; Velasco et al., 2005; Zaforteza et al., 2004). Esto implica en última instancia, que la familia forma parte del entorno del paciente y por tanto de los cuidados enfermeros.

El cuidado se constituye como la esencia de la Enfermería. En el cuidado de los pacientes en estado crítico se pone a prueba las habilidades, los conocimientos propios de la disciplina enfermera y la experiencia clínica de las enfermeras que en ellas trabajan, prestando cuidados a la persona (individuo, familia, grupo o comunidad) que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud, así como ayuda a conseguir, conservar y restablecer la salud, y si eso no es posible, ayuda a la persona a morir con dignidad (Henderson, 1964).

Por tanto, la prestación de los cuidados va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias y mecanizadas, ya que requiere de habilidades cognitivas e intelectuales que permitan tomar decisiones y realizar acciones pensadas y deliberadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona (Diers, 1986). Sin embargo, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como transmisora de cuidados humanos. Por lo tanto, el cuidado holístico incluye también, acciones transpersonales e intersubjetivas

para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudando a otros a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración (Fawcett, 2002; Watson, 2006).

1.2. Satisfacción con los cuidados enfermeros

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, reconoce que la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor. Si el objetivo principal de la prestación de un servicio sanitario es el usuario, es ineludible ajustar en todo lo posible el servicio ofertado a sus necesidades, expectativas y prioridades reales; para ello, se hace imprescindible conocer su opinión, actitudes y experiencias (Johansson, Olèni, & Fridlund, 2002; López, 2005; Wagner & Bear, 2009). Esta orientación refuerza el abandono del paternalismo, donde la relación jerárquica tradicional entre los profesionales y los pacientes va desapareciendo para incorporar y hacer participar, cada vez, más, al paciente en su proceso de salud y cuidados. Promoviendo, de este modo, un modelo pluralista en la toma de decisiones y una relación profesional-paciente de salud basado en la colaboración (Taylor, 2009).

Así mismo, la Unión Europea, en su Libro Blanco de la Salud (2008-2013), argumenta que es esencial la participación de los ciudadanos como valor fundamental. En las últimas décadas se ha producido un cambio de paradigma donde la atención sanitaria se centra cada vez más en el paciente y es más individualizada, de modo que el paciente ha dejado de ser mero objeto de la atención sanitaria para convertirse en sujeto activo de la misma (Libro Blanco, 2007), dándole más importancia a los cuidados centrados en el paciente y, por lo tanto, a la individualización de los cuidados. También en el Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 (2015), en su tercer eje de acción, expresa que la atención sanitaria ha de estar orientada a las necesidades de salud y engloba buena parte de las propuestas destinadas a ofrecer servicios de salud de calidad.

En este contexto, la actualización continua de conocimientos y el desarrollo de actitudes y habilidades encaminadas a la satisfacción de las necesidades del paciente y sus expectativas se convierte en un gran reto para las organizaciones sanitarias (Plan de Salud de Cataluña, 2015).

La satisfacción del usuario en relación a la atención sanitaria recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En la década de los años 70 y 80 del siglo pasado, el concepto de satisfacción del usuario se concebía desde el punto de vista de los

profesionales sanitarios decidiendo ellos mismos sobre los elementos que satisfacían en mayor medida a los usuarios. En este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales sanitarios han asumido que sabían lo que satisfacía a sus clientes en base a los estándares y valoraciones profesionales, pudiendo o no coincidir con las prioridades de los pacientes. De esta manera, la opinión del paciente sobre lo que realmente le satisfacía se desconocía (Redmond & Sorrell, 1999; Staniszewska & Ahmed, 1999). No obstante, desde la década de los años 90, la manera de entender y de medir la satisfacción del usuario cambia radicalmente, centrándose en el usuario y en sus expectativas reales (López, 2005; Williams, 1994)

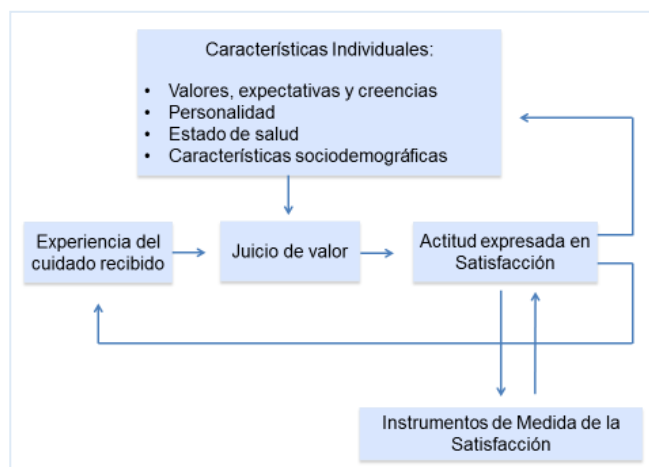
En la actualidad, el consumidor de los servicios sanitarios se ha convertido en el principal elemento para elevar la calidad de estos servicios y su grado de satisfacción en el indicador fundamental de calidad asistencial (Caminal, 2001; Redmond & Sorrell, 1999; Turrís, 2005; Williams, 1994). Algunos autores afirman que la satisfacción del paciente sobre la atención sanitaria debe de ser considerada como uno de los resultados deseados de la atención, como un mediador entre las percepciones de los pacientes sobre la calidad y sus futuras intenciones de volver a utilizar el servicio, o recomendar el hospital a la familia y amigos (Crow et al., 2002; Gea, Hernán, Jiménez & Cabrera, 2001; Jafar & Muayyad, 2003; Pujiula et al., 2006; Sørli, Torjuul, Ross & Kihlgren, 2006).

Sin embargo, la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios es un concepto complejo ya que está relacionado con una gran variedad de factores como son entre otros el estilo de vida de la persona, las experiencias previas, las expectativas de futuro, los valores del individuo y de la sociedad. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que resulta, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por la otra, de una naturaleza contextual (Lin, 1996; Crow et al., 2002; Turrís, 2005). En esta línea, diversos estudios presentan la satisfacción como un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, su definición varía según el contexto social y la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella (López, 2005; Merkouris, et al. 1999; Turrís, 2005; Wagner & Bear, 2009).

Por otro lado, la satisfacción de los pacientes también se ha conceptualizado como proceso y resultado, diferenciando entre calidad y satisfacción. Entendiendo satisfacción como un juicio transitorio mientras la calidad hace referencia a una actitud más duradera en el tiempo (Sitzia & Wood, 1997).

Asimismo, los enfoques holísticos intentan incorporar todos los factores que influyen en la satisfacción y, por lo tanto, proporcionar un marco amplio para explorar las interacciones entre las variables que afectan a las evaluaciones de los consumidores (Crow et al., 2002; Strasser, Ahorony & Greenberger; 1993). La figura 1 muestra un modelo holístico donde la experiencia del cuidado incluye: las acciones, actitudes y aspectos de los recursos humanos y del entorno físico; el juicio de valor de los pacientes que representa las percepciones individuales creadas en base a sus características individuales; la satisfacción como una respuesta a los juicios de valor formados y, por último, la medida de la satisfacción influenciada por los instrumentos de medida utilizados por los propios investigadores. Por lo tanto, la determinación de la satisfacción es un proceso dinámico que implica dos mecanismos de retroalimentación. En primer lugar, las actitudes individuales que son modificadas por las experiencias del paciente, las cuales, a su vez, alteran sus expectativas y, en segundo lugar, los bucles de retroalimentación que aparecen entre las expectativas y la experiencia del cuidado recibido.

Figura 1. Modelo holístico de satisfacción con los cuidados de salud



Adaptada de: Strasser, S., Ahorony, L. y Greenberger D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50(2),19-48.

El desarrollo conceptual de la satisfacción ha dado lugar a un cambio en las relaciones que se establecen entre los pacientes y los profesionales de la salud, de tal manera que la palabra paciente cambia por la palabra cliente, siendo éste la persona o grupo de personas que reciben un servicio o producto (Mira & Aranaz, 2000).

El nuevo enfoque de la asistencia sanitaria denominado “cuidados centrados en los pacientes”, en el que el papel del usuario adquiere mayor protagonismo, ha dado lugar a una proliferación de estudios sobre el tema. La mayoría de los autores ponen de manifiesto que la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros es el aspecto que mejor predice la satisfacción con la hospitalización (Cabrero, Richart & Reig, 1995; Chang et al. 2003; Larrabee et al., 2004; Megivern, Halm & Jones, 1992; Merkouris et al., 1999; Milutinovic, Simin, Brkic & Brkic, 2012; Otani et al., 2009; Raftopoulos, 2005; Schmidt, 2003), siendo el principal componente en el mantenimiento y rehabilitación de la salud (Cabrero, 1994; González, Padín & de-Ramón, 2005). En consecuencia, la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros se ha convertido en un determinante clave de la calidad de la atención hospitalaria (Jafar & Muayyad, 2003; Merkouris et al., 1999; Raftopoulos, 2005, Wagner & Bear, 2009).

En el ámbito de los cuidados enfermeros, algunos autores definen que la satisfacción del paciente con el cuidado enfermero es el grado de convergencia entre las expectativas del paciente sobre los cuidados enfermeros ideales y su opinión sobre los cuidados enfermeros que realmente recibe (Cabrero et al., 1995; Donabedian, 1966; Megivern et al., 1992; Redmon & Sorell, 1999; Regaira et al., 2010; Risser, 1975). En efecto, la medida de la satisfacción se refiere al cumplimiento de las expectativas, necesidades o deseos desde la percepción del paciente (Sitzia & Wood, 1997; Sofaer & Firminger, 2005). La mayoría de los autores ven en el paradigma de la confirmación de las expectativas una base clara para explicar la satisfacción. Dicho de otra manera, la satisfacción se producirá cuando la percepción que tiene el paciente sobre los cuidados es aceptable o bien cuando lo que se le ofrece supera sus expectativas (Caminal, 2001; Mira & Aranaz, 2000; Sitzia & Wood, 1997; Sofaer

& Firminger, 2005). La utilización de los términos percepción y satisfacción puede conducir a una considerable confusión conceptual, siendo la satisfacción un ejemplo de una percepción, pero no el único (Williams, 1994).

Si bien es cierto que las corrientes filosóficas de enfermería y las de calidad asistencial de los cuidados tienen definidas las dimensiones que conforman el cuidado y contemplan los valores de la persona en la atención enfermera, algunos autores sustentan que dichos elementos se han integrado parcialmente en la práctica asistencial y destacan la influencia del cuidado técnico frente al cuidado humano sobretodo en el contexto de las unidades de cuidados intensivos (Attree, 2001; Delgado et al., 2001; Henderson, 1994).

Delgado et al. (2001) señalan que, en las unidades de cuidados intensivos, la influencia del cuidado técnico frente al cuidado humano conduce a la deshumanización de los cuidados, ya que no contempla a la persona de una manera integral, vulnerando su dignidad y autonomía, lo que conlleva a la objetivación de la persona al contemplarla como un mero objeto en lugar de sujeto. Por consiguiente, para dispensar cuidados de calidad es necesario adquirir competencias relacionadas con las habilidades, destrezas y actitudes interpersonales, que contemplan la comunicación verbal y no verbal, la interrelación que se establece con el paciente, la familia y otros profesionales, desde un paradigma más empático que permita tratar a la persona con toda su subjetividad (Delgado et al., 2001; Gracia, 2007; Watson 2006).

Además, otros autores han constatado relaciones significativas entre el nivel de satisfacción del paciente y el nivel de individualización de los cuidados enfermeros, señalando, por lo tanto, que la individualización de los cuidados debe ser utilizada como predictor de la satisfacción del paciente y como resultado de los cuidados recibidos (Suhonen et al., 2012; Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo & Hoffman, 2008). Además, aquellos pacientes que han recibido cuidados individualizados participan más en sus cuidados lo que se relaciona con una mayor satisfacción del paciente (Johansson et al., 2002). Estas aportaciones reiteran la idea de que los cuidados enfermeros que no se dan de

manera individualizada son vividos por los pacientes como impersonales y técnicos, en definitiva, faltos de humanidad.

En este sentido se comprende la necesidad de profesionales autónomos, reflexivos y con juicio clínico para la atención individualizada al paciente crítico, dando respuesta a los problemas y necesidades que presentan y actuando con rapidez en la ejecución de su rol profesional. Las necesidades del paciente crítico no son sólo biológicas o físicas, sino que están también ligadas a sus vivencias, experiencias, valores, creencias y cultura (Wolf et al., 2008). Por ello, los cuidados deben aportar seguridad física mediante el saber tecnológico y seguridad psicológica, espiritual y social de manera personalizada, humana y ética que se orienta a comprender a la persona de manera holística (Romero et al., 2013).

Los cuidados enfermeros están dirigidos y centrados en el paciente, siendo la satisfacción de los mismos, un importante indicador que permitirá medir la calidad de los cuidados ofertados (Lin, 1996). Por este motivo, la medida de la calidad del cuidado a partir del grado de satisfacción que los usuarios manifiestan, constituye un elemento que permite dar al usuario el bienestar que necesita a partir de la interrelación que se establece con el usuario y su familia (Harcourt, 1999), siendo los cuestionarios los instrumentos de medida más utilizados para medir la calidad o la satisfacción con los cuidados enfermeros.

1.3. Escalas de medición de la satisfacción del paciente

El interés de los profesionales por conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados se ve reflejado en la proliferación de diferentes instrumentos de medida tanto en el ámbito internacional como nacional.

Junto a las entrevistas, los cuestionarios son la técnica de recogida de datos más utilizada en investigación y son instrumentos diseñados para poder cuantificar la información y compararla. En términos genéricos, cuando se habla de cuestionario se hace referencia a escalas de evaluación como instrumentos que permiten un escalamiento acumulativo de los ítems, dando una puntuación global (Martín, 2004). Sin embargo, los términos cuestionarios, escalas e instrumentos de medida serán utilizados de manera indistinta en este documento.

Haciendo un poco de historia, el primer intento para evaluar la satisfacción del paciente con los servicios de salud en el ámbito enfermero, fue en Estados Unidos por Abdellah & Levine (1957). El instrumento utilizado consistía en un check-list con 50 ítems repartidos en 7 categorías que hacían referencia a: eventos que indicaban satisfacción con el cuidado (3 ítems), omisiones en el cuidado relativas al descanso y a la relajación (8 ítems), necesidades diarias (6 ítems), higiene personal y cuidado de soporte (10 ítems), reacción a la terapia (8 ítems), y contacto con las enfermeras (11 ítems). Cada uno de los ítems presentaba 3 opciones de respuesta: esto ha pasado hoy, esto ha pasado algún otro día y esto no ha pasado. Además, utilizando la técnica Q-sort, de los mismos autores, cada ítem estaba dotado de una escala de 5 puntos de importancia permitiendo su clasificación en 5 categorías de importancia. Los 3 ítems que indicaban satisfacción con el cuidado se referían a la cortesía, a la sensibilidad e interés y a las explicaciones dadas por las enfermeras. Éstos eran analizados de forma separada a partir de los 47 ítems restantes; y la satisfacción del paciente resultaba directamente medida por el porcentaje de personas que respondían que cada una de estas tres cuestiones. Los ítems restantes reflejaban la gravedad de las omisiones de la calidad del cuidado enfermero, según el acuerdo de los investigadores e, indirectamente, la satisfacción del paciente.

Sin embargo, el primer cuestionario diseñado particularmente para medir la satisfacción del paciente con la atención enfermera fue el de Risser (1975). Hasta entonces, los instrumentos que se utilizaban para medir la satisfacción del paciente con la atención enfermera dispensada carecían de pruebas estadísticas sólidas de fiabilidad y validez. Las pruebas de validez de los instrumentos resultaban una tarea difícil para los investigadores debido, por una parte, a que la mayoría de los autores investigaron la fiabilidad del instrumento mediante la consistencia interna, sin tener en cuenta la fiabilidad test-retest del mismo y, por otra parte, a la falta de una definición clara del concepto y de una teoría subyacente que permitiera medir la satisfacción. De esta manera, utilizaban la satisfacción general con el servicio del hospital, la voluntad de volver a ese mismo hospital si fuera necesario o la recomendación a familiares o amigos del hospital, para confirmar la validez de criterio (Merkouris, Papathanassoglou & Lemonidou, 2004).

La revisión bibliográfica de McDaniel y Nash (1990) muestra un listado de 21 instrumentos que median la satisfacción del paciente con la atención enfermera, 17 de ellos evaluaban la satisfacción en pacientes hospitalizados y 4 en pacientes externos o ambulatorios. De los 17 enfocados a los pacientes hospitalizados, diez medían la satisfacción general de los pacientes y la atención enfermera era sólo una parte; dos de ellos estaban enfocados a contextos concretos como urgencias o la sala de partos; uno estaba relacionado con cuidados enfermeros; y los cuatro instrumentos restantes, medían la satisfacción general con la atención enfermera. De estos últimos, tan sólo dos presentaron estudios de validez y fiabilidad, *el Patient Satisfaction Index (PSI)* (Hinshaw & Atwood, 1982) & *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)* (La Monica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986).

Los siguientes apartados describen las escalas de satisfacción encontradas en la literatura científica tanto a nivel internacional como a nivel nacional, mostrándose aquéllas que destacan tanto por su reconocimiento como por su validación.

1.3.1. Escalas de satisfacción en el ámbito internacional

En el ámbito internacional se han identificado las siguientes escalas:

- *Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)* (Risser, 1975)
- *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)* (La-Monica, Oberst, Madea & Wolf, 1986)
- *Caring Assessment Instrument (CARE-Q)* (Larson, 1984)
- *Service Quality (SERVQUAL)* (Babakus & Mangold, 1992)
- *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)* (McColl, Thomas & Bond, 1996; Thomas et al., 1996)
- *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)* (Laschinger, Hall, Pedersen, & Almost, 2005).
- *Critical Care Patient Satisfaction Survey* (Megivern et al., 1992)
- *Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV)* (Lynn, McMillen & Sdoni, 2007).
- *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* (Davis & Bush, 1995; Davis, Bush & Thomas, 1997).

A continuación, para cada una de estas escalas se describe el instrumento, el objetivo de medida, los ítems, las subescalas o dimensiones, datos relacionados con la validación de cada una de ellas y estudios en los que se han utilizado dichas escalas.

1.3.1.1. *Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)*

La *Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)* o escala *Risser* (Risser, 1975), fue diseñada originalmente para medir la satisfacción con los cuidados enfermeros en atención primaria. Se trata de un instrumento autoadministrado y consta de 3 factores que hacen referencia a aspectos técnicos-profesionales, aspectos

interpersonales-educativos y aspectos interpersonales-confianza, con 7, 7 y 11 ítems respectivamente. La *Risser* está compuesta por 25 ítems y cada uno de ellos utiliza una escala de tipo Likert con valores que van desde totalmente de acuerdo (1), a totalmente en desacuerdo (5).

Esta escala fue desarrollada y probada en dos ensayos secuenciales ($n_1=78$ y $n_2=52$) presentando una fiabilidad de 0.80, 0.86 y 0.89 para los tres factores, y un rango de *alpha de Cronbach* de 0.64-0.76 para el primer estudio y una fiabilidad de 0.63, 0.82 y 0.81 y un rango desde 0.59-0.80 para el segundo estudio, respectivamente. La validez de contenido fue establecida a partir de una selección de ítems de una variedad de fuentes y la revisión de estos ítems por las enfermeras. La validez de constructo no fue estimada.

Los diferentes ítems que contienen la escala fueron formulados tanto en positivo como en negativo y describieron conductas y actitudes enfermeras durante la atención a los pacientes. En relación a los aspectos técnicos-profesionales tratan de aspectos técnicos del cuidado y la medición de los comportamientos enfermeros utilizando afirmaciones que responden a la habilidad de la enfermera para ayudar al médico, al conocimiento, a la precisión de los cuidados realizados, al seguimiento de las indicaciones médicas, a la rapidez en la actuación, a la organización en su trabajo y a si la enfermera ofrece buenos consejos.

En cuanto a los aspectos interpersonales-educativos, se relacionan con la actitud de las enfermeras con los pacientes, el intercambio de información entre la enfermera y el paciente acerca de las instrucciones, de las preguntas que les hacen, de la información de las pruebas, de la utilización de un lenguaje sencillo, de la comprensión de las explicaciones por parte de los pacientes, de ofrecer explicaciones médicas sobre su enfermedad o de si las explicaciones son completas.

Finalmente, en cuanto a los aspectos interpersonales-confianza se muestran situaciones de relación interpersonal entre las enfermeras y los pacientes, y la comunicación verbal y no-verbal que se produce, los ítems se relacionan con la

escucha, la atención que le prestan, la paciencia, la amabilidad, la simpatía y si la enfermera dispone de tiempo para hablar con ellos.

Risser (1975) originalmente desarrolló la escala para probar 4 dimensiones que recogían aspectos técnicos-profesionales, relación interpersonal, educación y relación de confianza. Sin embargo, la dimensión que hacía referencia a la relación interpersonal desaparece sin ninguna explicación (Lin, 1996), además, como se recoge en párrafos anteriores sólo hace mención a la validez de contenido del cuestionario.

Aunque la escala *Risser* fue desarrollada originalmente para la valoración de pacientes en el marco de la atención primaria, Hinshaw y Atwood (1981) adaptaron la escala para utilizarla en el ámbito hospitalario. Para ello cambiaron el ítem que hacía referencia a los consejos dados por las enfermeras por teléfono ya que, carecía de sentido en un paciente hospitalizado, eliminando las palabras “por teléfono”. Esta nueva versión de la escala, contaba también con 25 ítems, manteniendo las mismas 3 subescalas y utilizaba igualmente, una escala de tipo Likert de 5 puntos de respuesta con valores que iban desde muy de acuerdo (1), a muy en desacuerdo (5).

Estos autores, le cambiaron el nombre de la *Patient Satisfaction Scale (PSS)* a *Patient Satisfaction Index (PSI)* y fue probada con un total de 506 pacientes médicos, quirúrgicos hospitalizados y ambulatorios. Los resultados mostraron estimaciones de consistencia interna estables, obteniendo una fiabilidad de 0.79, 0.78 y 0.88 para las tres subescalas respectivamente. Los autores concluyeron que el instrumento presentaba un único factor en lugar de tres factores y que, por lo tanto, estas subescalas podrían medir solo una dimensión. La validez discriminante estimada fue fuerte para las subescalas aspectos técnicos-profesionales y relación de confianza, y de débil a moderada para la educación. (Hinshaw & Atwood, 1981).

La *Patient Satisfaction Index (PSI)* ha sido utilizada por numerosos autores para medir la satisfacción con la atención enfermera en diferentes contextos y poblaciones (Bethel & Ridder, 1994; Coslow & Eddy, 1998; Crawley & Till, 1995; Joy & Malay, 1992; Meeker, 1994; Sigurdardottir, de 1996; Wolf et al.,

1998), siendo además adaptada y validada al contexto mexicano mostrando una buena consistencia interna para las tres subescalas y la escala total de satisfacción, con un rango de *alpha de Cronbach* entre 0.82 y 0.93 (Acevedo et al., 2006).

La escala *Risser* también ha sido utilizada en el contexto hospitalario iraní con el objetivo de determinar la relación existente entre los registros de los cuidados enfermeros y la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros. Una muestra de 250 pacientes médicos y quirúrgicos permitió afirmar una alta correlación positiva y significativa entre el cuidado enfermero y la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros recibidos ($r= 0,72$; $p= 0,000$), apoyando la evidencia de que el cuidado enfermero está asociada con la satisfacción del paciente en relación a los cuidados enfermeros recibidos (Rafii, Hajinezhad & Haghani, 2008).

Estudios más recientes, siguen traduciendo y validando la escala de satisfacción *Risser*, un ejemplo de ello es su traducción a la lengua griega (Chipre) para probar su uso en pacientes hospitalizados diagnosticados de cáncer en una sala de oncología ($n=194$). Las propiedades psicométricas de la versión griega de la escala *Risser* mostraron una buena consistencia interna del instrumento reportando un *alpha de Cronbach* de 0.89 y un coeficiente *kappa* de 0.84 (95% CI: 0.83-0.85, $p<0,0001$). Para la validez de criterio se utilizó un ítem del mismo cuestionario (Charalambous, 2010).

Posteriormente, este mismo autor (Charalambous & Adamakidou, 2012) realizó una adaptación cultural de la versión griega chipriota con una muestra de 298 pacientes hospitalizados también en una sala de oncología. Se precisaron algunos cambios con el fin de lograr el mismo significado en el cuestionario debido a las diferencias entre el griego usado en Chipre y el de Atenas. La escala *Risser* también mostró muy buenas propiedades psicométricas, la consistencia interna del instrumento fue buena, el *alpha de Cronbach* resultó ser 0.78 ($p<0.001$) y el coeficiente *Kappa* para la reproducibilidad se encontró que era K (IC del 95%: 0.83 a 0.91 $p<0.0001$) =0.89.

1.3.1.2. Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)

La Monica et al. (1986) identificaron en la escala *Patient Satisfaction Index (PSI)* (Hinshaw & Atwood, 1981), debilidades psicométricas y se plantearon que tal vez dicha escala, inicialmente creada para medir la satisfacción en pacientes ambulatorios no era el instrumento más adecuado para reflejar el constructo de la satisfacción para los pacientes hospitalizados. De manera que, a través de grupos focales formados por pacientes oncológicos, estudiaron la conceptualización de satisfacción de Risser (1975) en base a las tres dimensiones (técnicos-profesionales, relación de confianza y educación). Tras el análisis de los datos, los investigadores añadieron nuevos ítems a la escala en un intento de adaptar el instrumento a pacientes hospitalizados y de reflejar con mayor precisión los comportamientos esperados de las enfermeras durante la hospitalización, relacionados con el cuidado físico y el confort, creando así un nuevo instrumento que recibió el nombre de *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)*.

La *LOPPS* (La Monica et al., 1986) está compuesta por 3 subescalas y cuenta con 41 ítems que describen comportamientos, actitudes y actividades enfermeras, 17 de ellos están redactados de forma negativa, y los restantes de forma positiva. Cada uno de los ítems se valora en base a una escala tipo Lickert de 7 puntos, desde totalmente de acuerdo (1) hasta totalmente en desacuerdo (7) en un intento de aumentar la variación en las respuestas y, por lo tanto, mejorar la sensibilidad de la escala *Risser*.

El nuevo instrumento fue probado en tres estudios consecutivos ($n_1=75$, $n_2=100$, $n_3=66$) con muestras de pacientes hospitalizados en tratamiento oncológico. El análisis factorial de la *LOPPS* no apoyó las tres subescalas del instrumento *Risser* y crearon 3 dimensiones nuevas que contenían el descontento, el apoyo interpersonal y la buena impresión, con 17, 13 y 11 ítems respectivamente. La subescala de descontento representó el 73.6% de variabilidad, el apoyo interpersonal el 13.8% y la buena impresión el 6.3%. La fiabilidad estimada de las tres subescalas fue 0.89, 0.91, 0.92, y de 0.95 para el total del instrumento.

Finalmente, los autores concluyeron que la versión de 7 opciones de respuesta no logró aumentar la sensibilidad del instrumento y reportan una validez de contenido moderada en base al grupo de expertos y pacientes oncológicos. Los autores muestran evidencia de validez de criterio, aunque se debe mencionar que, para estudiarla, utilizaron un instrumento que no había sido validado (Lin, 1996).

Esta escala también fue utilizada por Munro, Jacobsen y Brooten, (1994) para estudiar las propiedades métricas en una población de pacientes diferente, en este caso la muestra de 307 respondía a mujeres en parto por cesárea no planificada, mujeres con diabetes y mujeres post-intervenidas de histerectomía no oncológica. La validez de contenido se realizó a través de un panel de expertos y utilizó la *LOPSS* que contaba con 41 ítems y 5 opciones de respuesta, e invirtieron el valor de las opciones de respuesta de (1) totalmente en desacuerdo a (5) totalmente de acuerdo. Por lo tanto, una puntuación alta indicaba alta satisfacción con una distribución potencial de las puntuaciones globales de 41 a 205.

El estudio reportó un *alpha de Cronbach* de 0.98 para toda la escala y la eliminación de 13 ítems por correlaciones bajas y escasa variabilidad. Se eliminaron 4 ítems de la subescala de apoyo interpersonal, 6 ítems de la subescala de buena impresión y 3 ítems de la subescala de descontento quedando con 9, 5 y 14 ítems, respectivamente. La escala resultante cuenta con 28 ítems y dos factores, uno con la subescala de descontento y otro con las subescalas de apoyo interpersonal y buena impresión, renombrando las subescalas como satisfacción e insatisfacción. Mostró una fiabilidad de consistencia interna muy alta con un *alpha de Cronbach* de 0.97 y para las subescalas de satisfacción e insatisfacción de 0.96 y 0.94 respectivamente. La validez convergente se estimó mediante la correlación de la puntuación total con el marcador en un solo elemento que mide la satisfacción global y se encontró que era desde 0.32 hasta 0.46, describiendo un nivel aceptable (Munro, Jacobsen & Brooten, 1994). Sin embargo, esta forma de validez convergente proporciona débil evidencia sobre la validez del instrumento (Lin, 1996).

Munro, Jacobsen y Brooten (1994) concluyen el estudio afirmando que el desarrollo de la escala se realizó en base a las aportaciones de los profesionales y revisiones de la literatura y sugieren la incorporación de la perspectiva de los pacientes a partir de entrevistas en profundidad para que el instrumento sea más sensible, idea que apoyaban también otros autores (Avis, Bond, & Arthur, 1995; Lewis, 1994).

Sin embargo, aunque no era un instrumento ideal para medir la satisfacción la *LOPSS* seguía siendo ampliamente utilizada en investigaciones (Acorn & Barnett, 1999; Jacox, Bausell, & Mahrenholz, 1997; Lin, 1996). Los participantes de habla hispana de los Estados Unidos eran excluidos de los estudios al no disponer de este instrumento adaptado a la lengua española. Por este motivo y debido a la creciente proporción y estimación de personas de habla hispana que vivían en los Estados Unidos, Lange (2002) utilizó una versión reducida de la *LOPSS*, versión de 15 ítems (Munro, Jacobsen & Brooten, 1995) con el objetivo de disponer de la traducción al español.

La *Spanish LOPSS (Sp LOPSS)* (Lange, 2002) cuenta con 15 ítems y 5 opciones de respuesta que van desde (1) muy de acuerdo a (5) muy en desacuerdo, las puntuaciones totales oscilaron entre 15 y 75 donde las puntuaciones más bajas indicaban una mayor satisfacción. La pequeña muestra 65 participantes bilingües que cumplimentaron los dos cuestionarios versión en inglés y versión en español fue una de las limitaciones del estudio, además de no cumplir con la fiabilidad de consistencia interna en una de las dos subescalas con un *alpha de Cronbach* > 0.70 (Nunnally & Bernstein, 1995).

En un estudio posterior, Lange y Yellen (2009) se plantearon mejorar las propiedades psicométricas de la *Sp LOPSS* utilizando la *Sp-LOPSS2* que contaba con 20 ítems consiguiendo mejorar la fiabilidad respecto al estudio anterior que contaba con 15 ítems. Los estudios psicométricos proporcionados apoyaron la fiabilidad y la validez de la *Sp-LOPSS2* de 20 ítems, y su equivalencia con la versión en inglés. Además, para estimar la validez de criterio se utilizó una escala que permitió medir la congruencia entre las expectativas del paciente en relación a los cuidados enfermeros y sus

experiencias reales (Oberst, 1984) y una pregunta con respecto a la voluntad de volver a ese hospital si fuera necesario en un futuro.

1.3.1.3. *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)*

La *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort*, comúnmente conocida como la *CARE-Q*, fue desarrollada para identificar los comportamientos de los cuidados enfermeros dispensados y que eran percibidos como importantes para los pacientes (Larson, 1981), utilizando la metodología-Q que permite entender las subjetividades desde el punto de vista de los propios pacientes. Evalúan la satisfacción del usuario acerca de la atención enfermera a partir de 50 ítems agrupados en 6 subescalas de comportamientos enfermeros: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento (Larson, 1984). Los ítems correspondientes a cada una de las subescalas se describen a continuación:

- Accesibilidad: Tiene 6 ítems (1–6) que hacen mención a los comportamientos de cuidado que son esenciales en la relación de apoyo y ayuda, como es el acercarse al paciente y dedicarle el tiempo necesario.
- Explica y facilita: Contiene 6 ítems (7-12) y se refieren a aquellos cuidados provistos por las enfermeras con el fin de revelar a los usuarios aquellos aspectos desconocidos o difíciles de entender en relación a su enfermedad, el tratamiento o su recuperación, proporcionándole la información necesaria de forma clara, facilitando la ejecución de los cuidados para su recuperación o bienestar.
- Conforta: Presenta 9 ítems (13-21) referidos a los cuidados ofertados por las enfermeras con el fin de que el paciente hospitalizado y sus familiares se sientan cómodos al darles ánimo y apoyo, en un entorno que favorezca su recuperación o bienestar.

- Se anticipa: Con 5 ítems (22-26) donde se evalúan los cuidados que las enfermeras planifican previamente teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente con la finalidad de prevenir complicaciones
- Mantiene una relación de confianza: Contiene 16 ítems (27-42) sobre los cuidados dirigidos a favor de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, serena, confiada, y segura; son conductas que tienen que ver con la cercanía y la presencia física de las enfermeras hacia el paciente.
- Monitorea y hace seguimiento: Presenta 8 ítems (43-50), referidos a los cuidados enfermeros que implican un conocimiento de cada paciente y especial dominio tanto de lo científico como de lo técnico y de los procedimientos que realiza.

Para obtener la percepción que tiene el usuario sobre las acciones que indican calidad en los cuidados brindados, utilizan la metodología Q que mediante elección forzosa, clasifica los comportamientos seleccionando un número predeterminado de ítems por cada una de las categorías definidas indicando al paciente que ordene 1 ítem como el más importante, 4 ítems como bastante importantes, 10 ítems como importantes en alguna forma, 20 ítems como ni importantes ni sin importancia, 4 ítems como menos importantes, y 1 como el menos importante.

Como propiedades psicométricas más destacables, el instrumento original muestra una consistencia interna de 0.95. Los coeficientes para cada subescala están distribuidos de la siguiente manera: explica y facilita, *alpha de Cronbach* de 0.59; conforta, *alpha de Cronbach* de 0.86; mantiene relación de confianza, *alpha de Cronbach* de 0.86; se anticipa, *alpha de Cronbach* de 0.72; monitorea y hace seguimiento, *alpha de Cronbach* de 0.79; accesible, *alpha de Cronbach* de 0.76.

Posteriormente, Larson y Ferketich (1993), incorporaron a los 50 ítems de la CARE-Q una escala visual analógica y algunos ítems adicionales fueron desarrollados y añadidos para valorar la satisfacción general del paciente

respecto a los comportamientos de los cuidados enfermeros, asignándole un nuevo nombre al instrumento, el *CARE Satisfaction Questionnaire (CARE/SAT)*. La versión final de este nuevo instrumento presenta 29 ítems correspondientes a comportamientos enfermeros con una opción de respuesta tipo Likert con 2 polos y línea horizontal de 10 cm desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. El estudio con una muestra de 268 pacientes hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas reportó una *alpha de Cronbach* de 0,94 para el total de la escala y validez de criterio a partir de la escala *Risser* (Hinshaw & Atwod, 1981) obteniendo una de correlación de Pearson ($r=0,80$) entre ambas escalas. A pesar de ser un instrumento que se completa en 6 minutos presenta dificultades debido a la confusión que produce los ítems redactados en negativo mezclados con los ítems redactados en positivo (Watson, 2009).

La *CARE-Q* ha sido adaptada y utilizada en diversos países como Estados Unidos, Australia, China o Taiwán, obteniendo valores altos de fiabilidad y validez, consistencia interna de 0.88 a 0.97, y validez de contenido mediante paneles de expertos. Traducida a idiomas como el finlandés (Greenhalgh, Vanhanen, & Kyngas, 1998), el sueco (von Essen & Sjoden, 1991a, 1991b, 1993), el holandés (Rchaidia et al., 2011), el español (Bautista, 2008), o el chino (Holroyd et al., 1998; Chen et al., 2012) entre otros; y utilizada en una gran variedad de poblaciones y contextos como es el caso de los pacientes psiquiátricos y las enfermeras (von Essen & Sjoden, 1993; los pacientes en contexto agudo (Holroyd et al., 1998) o los pacientes oncológicos y las enfermeras (Larsson et al., 1997; Rchaidia et al., 2011).

En este sentido, la *CARE-Q*, se convierte en el instrumento más utilizado para evaluar el cuidado enfermero en la literatura científica permitiendo identificar las diferencias entre las percepciones de las enfermeras y los pacientes sobre cuáles son los comportamientos más importantes.

Bautista (2008), en un estudio realizado durante 2004 a una muestra de 202 pacientes ingresados en el servicio de especialidades médicas en Colombia, afirmó que los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios

estaban relacionados con las habilidades de las enfermeras como la administración del tratamiento médico, saber poner inyecciones, manipular equipos de sueroterapia, aspiradores y otros equipos. Mientras que los comportamientos menos importantes recogían comportamientos relacionados con la comunicación e información al recoger aspectos como preguntar al paciente como quiere que le llamen, sentarse con él, ser alegre, o explicarle los cambios de su estado de salud. Sepúlveda et al., (2009) también utilizaron la versión al español en la población colombiana y en una muestra de 250 pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Quirúrgicas, Corta Estancia y Cardiología. Se obtuvieron unos rangos altos en cada categoría y un *alpha de Cronbach* de 0.86, y tras la eliminación de cuatro ítems se obtuvo una validez interna del instrumento de 0.88 y para cada una de las dimensiones los siguientes valores, accesible, *alpha de Cronbach* de 0.69; explica y facilita, *alpha de Cronbach* de 0.60; conforta, *alpha de Cronbach* de 0.79; se anticipa, *alpha de Cronbach* de 0.61; mantiene relación de confianza, *alpha de Cronbach* de 0.67; monitorea y hace seguimiento, *alpha de Cronbach* de 0.90. Así, el instrumento mostró una estructura de 6 factores con una varianza del 52%.

Resultados similares encuentran Chen et al. (2012) en una muestra de 250 pacientes en Taiwan que reportaron una alta fiabilidad 0,92 para la escala total (versión china de la CARE-Q) y el *alpha de Cronbach* del instrumento varió de 0.91 a 0.93. Después de eliminar 10 ítems, muestran tres factores, que explica el 71.92% de la varianza. La estabilidad temporal mediante los coeficientes de correlación de Pearson para las tres subescalas resultó adecuada al oscilar entre 0.83 a 0.92.

En el contexto de cuidados intensivos coronarios, Johannssen et al (2011), en una muestra de 150 pacientes de 3 unidades diferentes, utilizaron la versión noruega del CARE-Q (Kvåle, 1997) seleccionando 36 de los 50 ítems de los que disponía el cuestionario inicial y añadiendo 22 ítems nuevos denominando al nuevo instrumento como el *Intensive Nursing Care Quality Instrument (INCQ)*. De los 58 ítems iniciales se seleccionaron 46 y fueron divididos en los factores principales: accesible (1 ítem), explica y facilita (7 ítems), confort (6

ítems), anticipa (12 ítems), relación de confianza (7 ítems), monitorea y hace seguimiento (13 ítems). Cada ítem disponía de 6 opciones de respuesta desde “muy insatisfecho” (1) a “muy satisfecho” (6), con la excepción de 4 de los ítems donde las alternativas de respuesta que utilizaron tenían 5 opciones. Sin embargo, no se ha encontrado en la literatura el análisis de las propiedades psicométricas de este nuevo instrumento.

Por otra parte, tras el análisis de los resultados obtenidos en este último estudio, los propios autores (Johannssen et al., 2011), recogen la necesidad de incluir métodos de recolección de datos alternativos como las entrevistas en profundidad que ayude a revelar otras dimensiones de la satisfacción de los pacientes.

1.3.1.4. Service Quality (SERVQUAL)

A Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) se les atribuye la publicación del modelo conceptual *Service Quality (SERVQUAL)* basado en el “paradigma de la desconfirmación” que conceptualiza la calidad del servicio percibido por los clientes como el resultado de la relación entre las expectativas y las percepciones que han tenido del servicio recibido. Este modelo también recoge aspectos relacionados con las necesidades personales, las experiencias previas, los conocimientos que poseen de los medios de comunicación y las referencias transmitidas por otros consumidores del servicio.

A partir de este modelo, posteriores investigaciones desarrollaron la escala *Service Quality (SERVQUAL)* convirtiéndose en uno de los instrumentos más utilizados en el sector servicios (Parasuraman, Berry & Zeithaml, 1991; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Posteriormente, esta escala fue adaptada por Babakus y Mangold (1992) para su utilización en el ámbito hospitalario, midiendo la calidad asistencial basada en la diferencia de puntuaciones obtenidas entre las expectativas y las percepciones de los pacientes y, siendo utilizada para evaluar los cuidados en su versión reducida. La escala presenta una consistencia interna de 0.92 para la escala total, y un coeficiente *alpha de Cronbach* de 0.89 para las expectativas y de 0.96 para las percepciones.

Contiene 5 dimensiones y cada una contempla diferentes aspectos que se describen a continuación:

- La tangibilidad hace referencia a las instalaciones y el equipamiento del hospital, apariencia de los profesionales.
- La fiabilidad es descrita como la capacidad para llevar a cabo los servicios prometidos de manera fiable y precisa.
- La capacidad de respuesta referida a la disposición para ayudar y proporcionar con apremio el servicio prometido.
- La seguridad que incluye el conocimiento, la buena educación de los profesionales y su capacidad para suscitar confianza a los usuarios.
- La empatía hace referencia al cuidado científico y humanístico personalizado a cada paciente.

La *SERVQUAL* cuenta con 44 ítems, 22 ítems para las expectativas sobre un servicio ideal y de 22 ítems para las percepciones de los pacientes del servicio recibido, cada uno de los ítems tiene 5 posibilidades de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5). De esta manera, la puntuación máxima, tanto para las expectativas como para las percepciones, es de 75 puntos y la mínima de 15 puntos. Al ser evaluada la calidad como la diferencia de puntuaciones obtenidas entre las expectativas y las percepciones de los pacientes, las puntuaciones negativas indican que las percepciones de los pacientes estaban por debajo de sus expectativas, es decir, los pacientes encuentran déficits en la calidad del servicio recibido. Por el contrario, las puntuaciones positivas exponen que las percepciones de los pacientes superan sus expectativas; dicho de otro modo, los pacientes evalúan como positiva la calidad del servicio recibido.

Numerosas investigaciones realizadas en diferentes países y contextos han utilizado tanto el modelo como la escala para valorar la calidad con la hospitalización (Finkelstein, Harper, & Rosenthal, 1999; Lee & Yom, 2007; Lumby & England, 2000; Scardina, 199; Sohail, 2003). Ha sido adaptada

culturalmente a diversos idiomas como al griego (Christoglou, Vassiliadis & Sigalas, 2006), al turco (Uzun, 2001), o al chino de Taiwán por Shieu-Ming (2005) y utilizada en diferentes contextos, como en el ámbito de atención primaria (Cho et al, 2004, Hart, 1995) o en el ámbito hospitalario en unidades médicas y quirúrgicas (Shieu-Ming, 2005; Uzun, 2001).

En un estudio realizado en Grecia en el contexto de atención primaria, Papanikolaou y Zygiaris (2012) estudiaron la percepción de la calidad en una muestra de 450 y reportando coeficientes de consistencia interna satisfactorios para las cinco dimensiones del lado percepciones con valores que oscilaron entre 0.76 y 0.88; mientras que para las expectativas reportaron una baja consistencia interna para la seguridad (0.36) por lo que cuestionan la aplicabilidad de las cinco dimensiones propuestas en *SERVQUAL* por Babakus y Mangold, (1992).

En relación a la escala, diferentes autores argumentan que la *SERVQUAL* es un instrumento ambiguo para medir la calidad del servicio y que no se han podido corroborar la estructura de los 5 factores sugerida por sus autores (Bowers et al., 1994; Teas, 1993; Papanikolaou & Zygiaris, 2012). En particular, Bowers et al. (1994) sostienen que la *SERVQUAL* no es suficiente para medir la calidad del servicio en el cuidado de la salud, ya que fue desarrollada originalmente para otras industrias. Además, los ítems de este instrumento están más relacionados con aspectos estructurales y de los servicios ofrecidos por el hospital que con los cuidados enfermeros por lo que, los ítems no reflejan la satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente (Romero et al., 2013).

1.3.1.5. Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)

La *NSNS* es una escala que mide la opinión de los pacientes con los cuidados enfermeros y puede ser utilizada tanto en Atención Primaria como en hospitalización ya sea antes o después del alta y pre o post-intervención quirúrgica (McColl, Thomas & Bond, 1996; Thomas et al., 1996). Para el diseño y elaboración de la escala se tuvieron en cuenta el análisis cualitativo de

entrevistas individuales (n=83) y de grupo focales con pacientes (n=67), de cinco hospitales diferentes. La muestra final fue de 150 pacientes.

El análisis de lo que los pacientes percibían como buenos o malos cuidados enfermeros permitió mostrar doce grandes temas como la actitud de las enfermeras medida en atributos como servicial o maravillosa; la disponibilidad que recogía aspectos relacionados con la anticipación a las necesidades del paciente o el tiempo dedicado; la atención enfermera cuando el paciente la necesita y de manera rápida; la individualidad en los cuidados; la prestación de seguridad, el profesionalismo teniendo en cuenta conductas y competencias enfermeras; la organización eficiente de los cuidados que incluye la continuidad de los mismos o la comunicación entre los diferentes turnos de trabajo; el conocimiento de las enfermeras; el ambiente físico como el ruido, la limpieza, la comida o la decoración; la informalidad en los cuidados que contempla sentirse como en casa, la relación amigable o el confort y, por último, la información o explicaciones de los cuidados dados, el tipo de lenguaje utilizado o la sensibilidad a la hora de informar. Estos grandes temas posteriormente fueron utilizados para elaborar el banco de preguntas de la *NSNS*. Sin embargo, el estudio cualitativo no detalla el tipo de método utilizado lo que resulta difícil analizar la concordancia con el tipo de análisis de datos que realizan los autores.

Esta escala contiene 45 ítems y está conformada por dos subescalas, las experiencias del cuidado recibido y la satisfacción con el cuidado.

- La experiencia del cuidado recibido cuenta con 26 ítems y 7 opciones de respuesta para cada uno, desde totalmente de acuerdo (1) a totalmente en desacuerdo (7). En cuanto a la formulación de los ítems, 15 están redactados en forma positiva y 11 de forma negativa. La suma de todas las puntuaciones se transforma en una puntuación total de la experiencia, con un rango que varía entre 0 y 100, dónde 100 representa la mejor experiencia posible.
- La satisfacción con el cuidado contiene 19 ítems y 5 opciones de respuesta para cada uno, desde no del todo satisfecho (1) a

completamente satisfecho (5). La suma de todos los elementos que hacen referencia a la satisfacción con el cuidado tienen un rango que van desde 0-100 dónde 100 denota la satisfacción completa con todos los aspectos de la atención enfermera.

La escala presenta una buena consistencia interna con un *alpha de Cronbach* de 0.91 para las experiencias del cuidado recibido y un 0.96 para la satisfacción con el cuidado, por lo que muestra una buena consistencia interna y validez de constructo. La validez de contenido se realizó a partir de pacientes expertos. Además, los autores recomiendan que esta escala sea administrada por una persona neutra para que las respuestas no se vieran influenciadas por la presencia de una enfermera del equipo.

La *NSNS* ha sido validada para diferentes poblaciones como pacientes médicos, quirúrgicos o ginecológicos y presenta valores de *alpha de Cronbach* que varían entre un 0.75 a 0.95 para las escalas de experiencias del cuidado recibido y de 0.93 a 0.98 para las escalas de satisfacción con el cuidado. (Alhusban & Abualrub, 2009; Peterson et al., 2005; Piredda et al., 2007); y también ha sido traducida a diferentes idiomas, utilizándola en diversos países como Jordania (Alhusban & Abualrub, 2009), Italia (Piredda et al., 2007), Canadá (Peterson et al., 2005), Inglaterra (Walsh & Walsh 1999), Polonia (Gutysz- Wojnicka, et al., 2013), Etiopia (Molla, Berhe, Shumye & Adama, 2014) o Brasil (Dorigan, de Brito, da Silva & McColl, 2014; Ahmed, Assefa, Demisie & Kenay, 2014).

La *NSNS* también ha sido traducida y la validada al turco (Estambul) en el contexto de pacientes médicos y quirúrgicos. Akin y Erdogan, (2007) en una muestra de 200 pacientes obtienen un *alpha de Cronbach* de 0.96 para el total de la escala y para los ítems un *alpha de Cronbach* que iban desde 0.43 a 0,89. Posteriormente, Findik y Serap (2010) en el mismo contexto, con una muestra de 229 pacientes médicos y quirúrgicos, reportaron una consistencia interna de 0.95 para la escala total.

Torres (2010) utilizó la versión traducida y validada al español (Alonso et al. 2005), en una muestra de 180 pacientes hospitalizados en servicios médicos,

quirúrgicos y de maternidad en Colombia y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,83 para la dimensión de experiencia con los cuidados y un alfa de Cronbach de 0,95 para la dimensión de satisfacción con los cuidados. Cambiando de contexto, Torres y Buitrago, (2011) la utilizaron en pacientes que reciben tratamientos oncológicos en Colombia. La muestra final fue de 75 pacientes y mostró una fiabilidad de 0,91 para la dimensión experiencia y de 0,98 para la dimensión satisfacción, con una *alpha de Cronbach* de 0,96 para todo el instrumento.

Piredda et al. (2007), estudió las propiedades psicométricas de la versión italiana de la *NSNS*, ya que hasta la fecha ningún estudio de validez de constructo había explorado el análisis factorial después de su desarrollo. Utilizó una muestra de 659 pacientes médicos y quirúrgicos encontrando diferencias en base a los factores encontrados por los autores originales de la escala (Thomas et al., 1996). El análisis factorial confirmatorio recogió un factor para la escala de satisfacción y 4 factores para la escala de las experiencias: 1) la falta de cuidado o el tiempo dedicado a los pacientes para satisfacer sus necesidades, 2) el apoyo emocional, relacionado con los cuidados que les proporciona comodidad y la atención que necesitan, 3) la relación interpersonal e información, y 4) el ambiente de confianza. Estos resultados reflejan la naturaleza multidimensional de la experiencia de los cuidados enfermeros.

La obtención de una dimensión en la subescala de satisfacción representa una medida unidimensional de un concepto multidimensional. Además, el mismo autor expone dificultades a la hora de ser cumplimentada por los pacientes. La primera dificultad fue debido a la estructura del cuestionario, con afirmaciones negativas y respuestas con la polaridad invertida, y la segunda por la dificultad de entender algunos de los ítems (Piredda et al., 2007).

1.3.1.6. Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)

El *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)*, fue diseñado por Laschinger et al. (2005) a partir del cuestionario de Meterko,

Nelson y Rubin (1990) *Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ)* diseñado en 1987 y que contenía nueve subescalas: el cuidado enfermero diario , el personal y entorno hospitalario, la atención médica, la información, los ingresos, alta y facturación, la calidad global de la atención y los servicios, las recomendaciones y las intenciones, y los resultados de salud en general.

Fue modificado tras una revisión crítica de la literatura relacionada con la satisfacción del paciente con la atención enfermera, seleccionando 7 subescalas y 19 ítems. Los diferentes ítems permiten evaluar:

- La individualización de la atención recibida, en relación a si los horarios se ajustan a las necesidades de los pacientes.
- El interés de las enfermeras y el cuidado enfermero
- Las habilidades y competencias de las enfermeras, en relación a la administración de la medicación y manejo de las vías de administración.
- La colaboración entre el equipo enfermero y coordinación con el equipo interdisciplinar que forma parte de su cuidado.
- La provisión de confort y privacidad, ambiente de descanso y la capacidad de respuesta de las enfermeras.
- La información proporcionada acerca de las pruebas y tratamientos o la voluntad de las enfermeras para responder a las preguntas.
- Las instrucciones de alta y la coordinación de la asistencia después del alta del hospital.

Además, añadieron 3 ítems criterio relacionados con la calidad global durante su estancia, la calidad global de los cuidados enfermeros y la intención de recomendar el hospital a amigos y familiares.

Cada uno de los 19 ítems se valoró con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos desde pobre (1) a excelente (5). Esta escala presenta una excelente fiabilidad (*alpha de Cronbach* de 0,97) y estabilidad temporal (0,61-

0,89). El análisis inicial confirmó la validez de constructo 0,70 (rango desde 0,753 hasta 0,890) establecida mediante el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio demostró un solo factor con un buen ajuste del modelo a los datos ($\chi^2=14.36$, $GFI = 0,944$, $IFI = 0,958$, $CFI = 0,958$, $RMSEA = 0,091$). La validez de contenido se realizó a partir de panel de expertos. Utilizaron para la validez de criterio 3 preguntas adicionales sobre la satisfacción general durante la estancia hospitalaria, la satisfacción general con los cuidados enfermeros y la intención de recomendar el hospital a sus amigos y familiares (Laschinger et al., 2005).

El *PSNCQQ* ha sido recientemente traducido y validado al idioma serbio por Milutinovic et al. (2012). En un estudio con una muestra de 240 pacientes quirúrgicos utilizando el mismo instrumento tras una adaptación cultural, reportando un *alpha de Cronbach* de 0,94, y el análisis factorial reportó un solo factor. con un coeficiente de correlación desde 0,56 a 0,75. Aunque tal y como relatan los autores, los ítems no incluyen expectativas del paciente. La validez de criterio fue examinada con ítems de satisfacción general con los servicios del hospital, satisfacción general con los cuidados enfermeros, satisfacción general con la calidad de los cuidados y tratamiento durante su estancia hospitalaria y la intención de recomendar el hospital a amigos y familiares La correlación de estos parámetros fue positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

De la misma manera, el *PSNCQQ* también ha sido modificado por Buchanan, Buchanan, Dawkins y Lindo (2015) en un estudio realizado con una muestra de 111 pacientes y 31 familiares que acuden a un servicio de urgencias en Jamaica. El instrumento adaptado presentaba cuatro dimensiones basadas en la garantía, la empatía, la capacidad de respuesta y la confianza, basados en el Modelo de Calidad del Servicio (Parasuraman et al., 1985). La validez de criterio a partir de la relación a la pregunta sobre intención de recomendar el hospital. El instrumento modificado cuenta con 22 ítems, con 5 opciones de respuesta tipo Likert que van desde (5) excelente, a (1) pobre. De los 22 ítems del cuestionario, 14 ítems hacen referencia a la satisfacción con los cuidados enfermeros, relacionado con la habilidad y competencia profesional, la

información al paciente y a la familia; 3 ítems hacen referencia a la percepción global de la calidad de la atención y los servicios, la atención enfermera recibida y la percepción de la propia salud; 1 relacionada con la probabilidad de recomendar el hospital a familiares o amigos y finalmente un conjunto de variables sociodemográficas a partir de la literatura científica que describen tener relación con la satisfacción del paciente. En este estudio reportan una fiabilidad alta, *alpha de Cronbach* de 0,91 para la escala global y no presentan análisis factorial.

Una limitación de este nuevo instrumento sería, por un lado, el modelo teórico utilizado para el diseño ya que originalmente se desarrolló para las industrias y no para la atención hospitalaria y, por otro, debido a la claridad conceptual evaluar a partir de un solo factor un fenómeno tan complejo como resulta la satisfacción.

1.3.1.7. Critical Care Patient Satisfaction Survey

La *Critical Care Patient Satisfaction Survey* (Megivern et al., 1992). es el único cuestionario encontrado a nivel internacional y centrado en el contexto de cuidados intensivos que mide la satisfacción del paciente crítico y sus familiares con los cuidados enfermeros. Los autores elaboran el guion de las entrevistas en base a las dimensiones que encuentran a partir de una revisión de la literatura científica; posteriormente realizan entrevistas abiertas a pacientes críticos (n=26) y grupos de discusión con familiares de pacientes críticos (n=26). Del análisis de contenido de los datos emergen las dimensiones que conforman la escala.

La *Critical Care Patient Satisfaction Survey* incluye 37 ítems distribuidos en 7 dimensiones:

- El arte de cuidar: se centra en la demostración del cuidado incluyendo aspectos como la preocupación, la consideración, amabilidad, paciencia y sinceridad (9 ítems).

- La calidad técnica del cuidado: contempla aspectos como la precisión, la atención, explicaciones claras y el correcto funcionamiento de los equipos (5 ítems).
- El entorno físico: hace relación a los entornos en el que se suministra el cuidado, tales como las habitaciones, la decoración, la comida y la limpieza (2 ítems).
- La disponibilidad: se centra tanto en los servicios como en el personal (3 ítems), y la presencia tranquilizadora de la enfermera (1 ítem).
- La continuidad del cuidado y la eficacia de los resultados de los cuidados (2 ítems).
- Individualización de los cuidados y necesidades con cuidados personalizados (5 ítems).
- La promoción de la autonomía del paciente (5 ítems).
- La educación al paciente o familia: relacionado con el tiempo destinado a las explicaciones y la información médica dada (5 ítems).

Cada uno de los ítems presenta una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que va desde pobre (1), a excelente (5). La muestra final de la prueba piloto fue de 36 (12 pacientes, 20 miembros de la familia y 2 no se identificaron). El tiempo destinado a completar el cuestionario fue de 15 a 30 minutos.

Sin embargo, sólo se ha encontrado la primera publicación del estudio piloto por lo que es difícil verificar la validación completa del cuestionario en el contexto del paciente crítico. Por otro lado, aunque los autores afirman que realizan entrevistas abiertas para explorar la satisfacción con los cuidados enfermeros, el guión de la entrevista está basado en los aspectos identificados en la bibliografía sobre la satisfacción del paciente.

1.3.1.8. Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV)

Otro instrumento identificado en la literatura ha sido el *Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV)*, desarrollado por Lynn, McMillen y Sdoni (2007) para evaluar de manera significativa los cuidados enfermeros. A partir de entrevistas a pacientes ingresados en salas médicas y quirúrgicas, con el fin de incluir la opinión del paciente, utilizando el método de la Teoría Fundamentada para identificar las dimensiones de la satisfacción con los cuidados enfermeros.

Presentan una primera versión del cuestionario de 90 ítems que fueron redactados con las palabras de los pacientes entrevistados, utilizando una redacción tanto en positivo y como en negativo en la mitad de los ítems. La escala equilibrada con opciones de respuesta tipo Likert de 5 puntos, desde muy en desacuerdo, a muy de acuerdo y tras una prueba piloto, con una muestra de 6 pacientes para realizar evaluación funcional y con una muestra de 400 pacientes adicionales para evaluar con una escala likert la importancia de cada uno de los ítems, y ninguno de ellos fue valorado por los pacientes por (0), no es importante. Tras los resultados de la prueba piloto, no se eliminó ningún ítem.

La primera versión del cuestionario, con 90 ítems, se pasó a una muestra final fue de 1470 pacientes quirúrgicos y médicos de diferentes centros hospitalarios (rurales y urbanos). Tras el análisis factorial exploratorio se eliminaron 45 ítems quedando la versión final con 45 ítems. El análisis factorial mostró 5 factores: individualización (17 ítems), características enfermeras (12 ítems), cuidar (7 ítems), ambiente físico (2) y capacidad de respuesta (6 ítems). Las estimaciones de fiabilidad para cuatro de los factores fueron de 0.83 a 0.94 y el factor entorno sólo de 0.68.

Las 5 dimensiones incluyen diferentes elementos que se detallan a continuación:

- La individualización hace referencia comportamientos de la enfermera que le hacen sentir persona, que le hace sentir importante, el uso del tacto para tranquilizar al paciente o dedicar tiempo al paciente.
- Las características enfermeras incluyen aspectos relacionados con la actitud de la enfermera en cuanto a la paciencia, sensibilidad o eficiencia.
- El cuidar incluye el cuidado y la relación de confianza, junto a la cortesía y el saber lo que ella está haciendo.
- El ambiente físico incluye aspectos como el ruido o la limpieza.
- El último de los factores, hace relación a la capacidad de respuesta y recoge aspectos como la rapidez en la atención y presencia de la enfermera cuando el paciente la necesitaba, conocimiento de lo que el paciente necesitaba, el ánimo a la participación del paciente en el autocuidado.

Reportan una estabilidad temporal entre $r = 0.58$ a 0.71 durante un intervalo de 2 semanas. Incluyeron ítems criterio como la preferencia de ser atendidos por las mismas enfermeras o en el mismo hospital.

El *PAQS-ACV* recogen una variable relacionada con la percepción del estado de salud del paciente, los autores sugieren la necesidad de incluirla cuando se investigue la satisfacción del paciente en relación a los cuidados. Sin embargo, a pesar de que los pacientes en las entrevistas en profundidad asumen que las enfermeras eran técnicamente competentes no incluyen esta dimensión dentro del cuestionario porque consideran que no es un aspecto relevante para los pacientes ya que argumentaban que las instituciones no contratarían a enfermeras no competentes técnicamente. Tampoco se han encontrado estudios posteriores que utilicen el *PAQS-ACV* para evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en diferentes poblaciones o contextos.

Si bien durante el proceso de diseño y validación de contenido incorporan la perspectiva del paciente en el contexto de hospitalización general, la vivencia y

experiencia del paciente crítico no se contempla. Además, no se ha encontrado en la literatura la publicación que hace referencia al estudio cualitativo en el que basan los ítems del cuestionario lo que impide analizar la concordancia con el análisis de los datos que realizan los autores, ni estudios posteriores que la utilicen.

1.3.1.9. Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)

Finalmente, cabe destacar, la CECSS (*Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*) que tiene en cuenta aspectos que valoran la competencia profesional y la información (Davis & Bush, 1995; Davis, Bush & Thomas, 1997). Los ítems están relacionados con los cuidados enfermeros reflejando la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto de urgencias.

El cuestionario inicial presenta 4 factores que hacen referencia a la seguridad psicológica, a la información tras el alta, la información recibida y la competencia técnica, pero tras el análisis factorial en una muestra de 468 pacientes en Estados Unidos se redujo de 4 a 2 factores, la competencia profesional con 12 ítems y la información con 3 ítems. Además, el cuestionario presenta 4 ítems más redactados en forma negativa que no se contabilizan en la puntuación total para minimizar el sesgo de respuesta establecido.

Por tanto, el cuestionario final está formado por 19 ítems. Las opciones de respuesta en una escala de tipo Likert con 5 que van desde totalmente de acuerdo (5), a totalmente en desacuerdo (1), expresados a partir de una línea continua con la numeración y en los extremos la descripción cualitativa donde los pacientes marcaban su opinión. Los autores recomiendan calcular las puntuaciones de cada una de las dimensiones calculando la media de los ítems que se relacionan con cada una de ellas. La puntuación total de la escala presenta un intervalo que oscila entre los 15 a los 75 puntos, dónde se considera satisfacción a partir de 45 puntos. El tiempo de cumplimentación oscila entre 5 y 10 minutos.

Davis, Bush y Thomas (1997), en un estudio con una muestra de 234 pacientes demostraron que la CECSS presentaba validez convergente probada con la

escala *Risser*, permitiendo hacer mediciones de la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias de una manera precisa. La validez de contenido fue establecida por un panel de expertos y la validez de constructo a partir del análisis de componentes principales, reportan una alta fiabilidad para cada una de las subescalas, de 0,92 para la subescala de competencia profesional y de 0,87 para la subescala de información.

Hasta la fecha, la *CECSS* se ha utilizado en diferentes países como Estados Unidos, Australia, Corea, Eslovenia, España o Canadá y se ha traducido a diferentes idiomas como al chino (Chan & Chau, 2005), al sueco (Ekwall & Davis, 2010) o al español (Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García, 2002).

En un estudio multicéntrico realizado por Davis y Bush (2003) se investigó sobre la satisfacción del paciente con la atención enfermera en el servicio de urgencias en tres países diferentes. La muestra final fue de 616 pacientes de Australia, Eslovenia y Estados Unidos. Respondieron a las subescalas de competencias profesionales e información de la *CECSS*, mostrando una validez de 0.89, 0.84 y 0.89 para la subescalas de cuidados en Australia, Eslovenia y Estados Unidos; y 0.90, 0.91 y 0.95 para la subescala de información en Australia, Eslovenia y Estados Unidos respectivamente.

Además, Davis et al. (2005) estudiaron la validez de criterio de la *CECSS* y la escala *Risser* mediante una prueba piloto de 113 participantes, los resultados indicaron una relación lineal significativa entre las dos, por lo que la convergencia era evidente y apoyaba la validez de constructo.

Posteriormente, Ekwall y Davis (2010) validaron la *CECSS* traducida al sueco con una muestra de 162 pacientes. En el análisis exploratorio se encontraron 3 factores, cuidado, información y competencia profesional, 1 más que los descritos por Davis y Bush (2003), la fiabilidad de *CECSS* se considera buena para la versión sueca, reportan un *alpha de Cronbach* de 0.83 y 0.92 para las subescalas de información y para la competencia profesional, respectivamente. Concluyen demostrando que tienen una buena validez de constructo y fiabilidad, mostrando unos análisis psicométricos sólidos.

La Tabla 2 sintetiza la información sobre las diferentes escalas detallando el objetivo de medida, los ítems y las subescalas o dimensiones de cada uno de los instrumentos.

Tabla 2. Descripción de instrumentos de medida relacionados con la calidad y la satisfacción de los cuidados enfermeros.

Instrumento	Objetivo de Medida	Ítems	Subescalas	Nombre de las subescalas
RISSE (Risser, 1975)	La satisfacción con los cuidados enfermeros en Atención Primaria	25 ítems: - 7 ítems para aspectos técnicos-profesionales - 7 ítems para aspectos interpersonales-educativos - 11 ítems para aspectos interpersonales-confianza Se valora con una escala Likert de cinco puntos	3	- Aspectos técnicos-profesionales - Aspectos interpersonales-educativos - Aspectos interpersonales-confianza
LOPSS (La-Monica et al., 1986)	Satisfacción del paciente basado en conductas enfermeras	41 ítems: - 17 redactados en negativo - 24 redactados en positivo Se valora con una escala Likert de siete puntos	3	- Apoyo interpersonal - Buena impresión - Descontento
CARE-Q (Larson, 1984)	Evaluar la atención enfermera mediante conductas enfermeras	50 ítems: - 6 ítems para accesible, - 6 ítems para explica y facilita - 9 ítems para confora - 5 ítems para se anticipa - 16 ítems para construye una relación de confianza - 18 ítems para supervisa y realiza un seguimiento Utilizan metodología Q, ordenan desde el más importante al menos importante.	6	- Accesible, - Explica y facilita - Confora - Se anticipa - Construye una relación de confianza - Supervisa y realiza un seguimiento
SERVQUAL (Babakus y Mangold, 1992)	Medir la calidad de la atención basada en la diferencia de puntuaciones obtenidas entre las expectativas y las percepciones de los pacientes	44 ítems: - 22 para subescala de percepciones que recogen ítems para las 5 dimensiones - 22 para subescala de expectativas que recogen ítems para las 5 dimensiones Se valora con una escala Likert de cinco puntos	5	- Tangibilidad - Fiabilidad - Capacidad de respuesta - Seguridad - Empatía
NSNS (McColl et al., 1996; Thomas et al., 1996)	Opinión del paciente sobre los cuidados enfermeros	45 ítems: - 26 ítems para subescala de experiencias del cuidado recibido con 7 opciones de respuesta - 15 redactados en positivo - 11 redactados en negativo - 19 ítems para la subescala de satisfacción con el cuidado con 5 opciones de respuesta Cuenta con 11 ítems para valorar aspectos sociodemográficos	2	- Experiencias del cuidado recibido - Satisfacción con el cuidado

Tabla 2. Descripción de instrumentos de medida relacionados con la calidad y la satisfacción de los cuidados enfermeros (Continuación).

Instrumento	Objetivo de Medida	Ítems	Subescalas	Nombre de las subescalas
PSNCQQ (Laschinger et al., 2005)	Opinión del paciente con los cuidados enfermeros	- 19 ítems Además, cuenta con 3 ítems de satisfacción por la calidad global durante su estancia, la calidad global de los cuidados enfermeros y la intención de recomendar el hospital a amigos y familiares Se valora con una escala Likert de cinco puntos	7	Atención individualizada - Interés y cuidado enfermero - Habilidad y competencia enfermera - Colaboración entre el personal enfermero - Información proporcionada por las enfermeras - Instrucciones al alta - Coordinación de la asistencia después del alta
Critical Care Patient Satisfaction Survey (Megivern et al., 1992)	Satisfacción del paciente y sus familiares con los cuidados enfermeros	37 ítems: - 9 ítems para la subescala arte de cuidar - 5 ítems para la subescala calidad técnica - 2 ítems para la subescala entorno físico - 4 ítems para la subescala de disponibilidad - 2 ítems para la subescala continuidad de los cuidados - 5 ítems para la subescala individualización - 5 ítems para la subescala de promoción de la autonomía Se valora con una escala tipo Lickert de 5 puntos	7	- Arte de cuidar - Calidad técnica - Entorno físico - Disponibilidad - Continuidad de los cuidados - Individualización - Promoción de la autonomía
PAQS-ACV (Lynn et al., 2007)	Evaluar los cuidados enfermeros recibidos	45 ítems: - 17 ítems para la subescala de individualización - 12 ítems para la subescala de características enfermeras - 7 ítems para la subescala de cuidar - 2 ítems para la subescala de ambiente físico - 6 ítems para la subescala de capacidad de respuesta Se valora con una escala tipo Lickert de 5 puntos	5	- Individualización - Características enfermeras - Cuidar - Ambiente físico - Capacidad de respuesta
CECSS (Davis y Bush 1995, Davis et al., 1997)	Evaluar la calidad de los cuidados enfermeros	19 ítems: - 12 ítems competencia profesional - 3 ítems información que proporciona la enfermera - 4 ítems de control Se valora con una escala tipo Lickert de 5 puntos	2	- Competencia profesional - Información dada

La *Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)*; La *Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)*; la *Caring Assessment Instrument (CARE-Q)*; la *Service Quality (SERVQUAL)*; la *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*; la *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)*; la *Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV)*. y la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)*;

1.3.2. Escalas de satisfacción ámbito nacional

En el contexto nacional, la mayoría de escalas de satisfacción, corresponden a la validación o adaptación de escalas internacionales a nuestro ámbito. Cabe destacar:

- La *LOPSS 12* (Cabrero, 1994; Cabrero & Richart, 1990) que fue elaborada a partir de la escala de satisfacción de *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale* (La-Monica et al., 1986).
- La *SERVQUAL (Service Quality)* adaptada por Babakus y Mangold (Babakus & Mangold, 1992), y validada en diferentes poblaciones y contextos por Gonzalez et al. (2005), Mira et al. (1998), y Regaira et al. (2010).
- La *CUCACE (Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería)* (Alonso, Blanco-Ramos & Gayoso, 2005) elaborada a partir de la *NSNS (Newcastle Satisfaction with Nursing Scale)* (McColl et al., 1996) y adaptada por Alonso et al. (2005) en áreas de hospitalización general.
- La *CECSS (Consumer Emergency Care Satisfaction Scale)* (Davis & Bush, 1995) validada en español por Cuñado, Bernardo, Rial, Marco y García (2002), en el contexto de urgencias.
- Cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes (Sierra et al., 2009)

Los próximos apartados muestran con más detalle todas estas escalas, el objetivo de medida, los ítems, las subescalas o dimensiones, y los datos relacionados con su validación.

1.3.2.1. *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)*

La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) (La-Monica et al., 1986) en su versión original tiene 41 ítems y una escala de respuesta de 7 puntos que no incorpora la perspectiva de los pacientes ni en su diseño ni en su validación,

tal y como se explicó con anterioridad en el apartado 3.1.2 de este mismo capítulo. En el proceso de su adaptación española se redujo el número de los ítems a 12, 6 de ellos redactados de forma negativa y 6 en forma positiva. Se mantiene el mismo formato de respuesta de 7 puntos, de 1 totalmente de acuerdo, a 7 totalmente en desacuerdo (Cabrerero, 1994; Cabrerero & Richart, 1990) donde la puntuación máxima es de 84 y la mínima de 12, correspondiendo los valores más bajos a una mayor satisfacción.

Los ítems responden a la ayuda en la comprensión de la enfermedad, al interés por escuchar las preocupaciones de los usuarios, a la prioridad en ocuparse del usuario, a la amabilidad del profesional, a la paciencia del profesional, a la consideración de las opiniones y preferencias del usuario con respecto a los planes de cuidado, a dar consejos útiles, a la posibilidad de compartir con los profesionales sentimientos y emociones, a la posibilidad de poder hacer preguntas libremente, a mostrar comprensión cuando el usuario les cuenta sus problemas, a realizar su trabajo a conciencia y finalmente, a la rapidez mostrada en contestar a las llamadas del usuario.

La versión *LOPSS 12* presenta un *alpha de Cronbach* de 0.82 y una clara estructura de dos factores tras el análisis de componentes principales entre los dos responden al 51.6% de la varianza, un factor para los ítems formulados en positivo y otro para los formulados en negativo, correspondientes a los dos factores mayores de la *LOPSS* original. La consistencia interna de la escala global es de 0.8 y de 0.82 para la subescala de formato positivo y 0.78 para la subescala en formato negativo. La correlación entre la *LOPSS* de 41 ítems y la *LOPSS 12* es de 0.95 (Cabrerero, 1994; Cabrerero & Richart, 1990). Es una escala con validez de contenido y cuestionable validez de constructo aunque la *LOPSS* (La-Monica et al., 1986) tiene un grado mucho mayor de fiabilidad que la *LOPSS 12*.

Esta escala ha sido utilizada por Cabrerero, Richart y Reig (1995) en un estudio descriptivo con dos muestras, una con 254 pacientes hospitalizados y otra de 194 recién dados de alta, utilizando la *LOPSS 12* reportando un grado de satisfacción entre moderados y altos. De la misma manera, Pujiula et al. (2006)

estudiaron la satisfacción con los cuidados enfermeros en 150 pacientes hospitalizados con patología neurológica médica y quirúrgica a partir de la *LOPSS 12* obteniendo una alta satisfacción. Ambos estudios no reportan datos relacionados con las propiedades psicométricas del cuestionario.

Recientemente, otros autores, Ríos-Risquez et al. (2013) también han estudiado la satisfacción utilizando la *LOPSS 12* en dos servicios de urgencias hospitalarios en una muestra de 390 usuarios, sin realizar análisis psicométricos de los datos y describiendo una satisfacción total valorada como media-alta.

1.3.2.2. Service Quality (SERVQUAL)

En nuestro país, también se ha utilizado la escala *SERVQUAL* tanto en el ámbito de atención primaria (Moliner & Moliner, 1996) como en el de la hospitalaria (González, Padín & de Ramón, 2005; Mira et al., 1997; Regaira et al., 2010).

Mira et al (1998), diseñaron un cuestionario basado en la *SERVQUAL* llamado *SERVQHOS* en el contexto hospitalario de nuestro país. El cuestionario *SERVQUOS* contiene 19 ítems y una opción de respuesta que combina las expectativas y las percepciones: (1) mucho peor de lo que esperaba, (2) peor de lo que esperaba, (3) como me lo esperaba, (4) mejor de lo que esperaba y (5) mucho mejor que esperaba. La nueva opción de respuesta está construida de tal modo que una mayor puntuación se corresponde con un mayor nivel de calidad percibida, de esta manera facilita su comprensión. Utilizaron la *SERVQUOS* en una muestra de 470 pacientes dados de alta a su domicilio de dos hospitales y obtuvieron una consistencia interna para el total del cuestionario de 0.96. El análisis factorial mostró 2 factores, el primer factor denominado Calidad Percibida con 10 ítems (*alpha de Cronbach* 0.95) incluía ítems relacionados con la empatía, competencia profesional o capacidad de respuesta. El segundo factor, Calidad Objetiva, contenía 9 ítems (*alpha de Cronbach* 0.89) y respondía a aspectos formales de los cuidados como el estado de las habitaciones, puntualidad en las consultas, o la uniformidad del personal. Tampoco pudieron corroborar la estructura factorial en 5 dimensiones

y todos los datos apuntaban a que las dimensiones giraban en torno a un factor general de calidad percibida de la atención y cuidados facilitados. Para la validez de criterio se basaron en diferentes ítems criterio habitualmente considerados de buena práctica, como el responder afirmativamente a la pregunta sobre si recomendaría el hospital a otras personas, si le pareció adecuado el tiempo de ingreso y la satisfacción global del paciente. Respecto de la fiabilidad inter-observadores, los resultados de la prueba de diferencias de medias hallaron diferencias estadísticamente significativas en 4 de los 19 ítems. La fiabilidad de la división por mitades fue del 0.96.

Otro estudio realizado por González, Padín y de Ramón (2005) con una muestra de 2.310 pacientes dados de alta de unidades médicas y quirúrgica de un hospital universitario del sur de España utilizaron la escala *SERVQUAL* adaptada a la atención enfermera y cuenta con 2 series de 22 ítems para expresar las percepciones del paciente respecto a los cuidados recibidos y percibidos con una opción de respuesta de escala tipo Likert que iba de 1 a 7 para cada uno de los ítems. Reportando una buena fiabilidad de la escala *SERVQUAL* (*alpha de Cronbach*, 0.90), aunque era inferior en las dimensiones individuales (0.67 a 0.81) sin conseguir en esta muestra las 5 dimensiones descritas en la versión original.

Los resultados de este estudio mostraron una satisfacción global con el hospital y el hecho de conocer el nombre de la enfermera como los principales determinantes de la satisfacción del paciente. Mientras que los ítems peor valorados fueron los incluidos en la dimensión de tangibilidad, lo que indica que la estructura física del centro es poco acogedora y que la información escrita disponible no era buena. Se valoró también de manera negativa la información que daba la enfermera sobre las pautas del tratamiento.

Posteriormente, Calixto-Olalde et al. (2011) utilizó la *SERVQUAL* adaptada y validada al español en el contexto mejicano en un estudio con una muestra de 222 pacientes ingresados en medicina interna, cirugía y ginecología, La fiabilidad de la escala *SERVQUAL* total fue de 0.74 y para cada una de las dos subescalas de expectativas y de percepción de 0.66 y de 0.76

respectivamente. La correlación de los ítems de las dos subescalas expectativas y percepciones mediante el coeficiente de correlación de *Spearman*, encontró nivel de significancia de $p < 0,05$. Además, a través de análisis factorial, identificaron 17 componentes principales y, dentro de ellos, las cinco dimensiones de la construcción de la escala SERVQUAL original.

La *SERVQUAL* también ha sido validada en el contexto de cuidados intensivos por (Regaira et al., 2010). En una muestra de 86 pacientes dados de alta de UCI, se utilizó la *SERVQUAL* para evaluar la calidad asistencial mediante el análisis de las diferencias obtenidas entre las expectativas y las percepciones que los pacientes tienen de la atención del servicio recibido durante su ingreso en UCI. La fiabilidad de la escala fue probada mediante el coeficiente *alpha de Cronbach*, que fue de 0.93 para las percepciones, de 0.95 para las expectativas y de 0.93 para la diferencia entre percepciones y expectativas. Los propios autores también hacen referencia a que los ítems de este instrumento están más relacionados con aspectos estructurales y de los servicios ofrecidos por el hospital que con los cuidados enfermeros por lo que, los ítems no reflejan la satisfacción con los cuidados.

1.3.2.3. Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería (CUCACE)

En tercer lugar, la *NSNS (Newcastle Satisfaction with Nursing Scale)* (McColl et al., 1996) ha sido traducida y validada al idioma castellano y gallego por Alonso et al. (2005) recibiendo el nombre de *CUCACE (Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería)*. La nueva escala presenta el mismo número de ítems y el tipo de respuesta Likert para las dos subescalas del cuestionario original. Las experiencias con los cuidados que cuenta con 26 ítems y 7 opciones de respuesta desde totalmente de acuerdo (1) a totalmente en desacuerdo (7); y la satisfacción con los cuidados que cuenta con 19 ítems y 5 opciones de respuesta desde no del todo satisfecho (1) a completamente satisfecho (5).

El análisis de fiabilidad de la versión en castellano obtiene un *alpha de Cronbach* de 0.85 para las experiencias del cuidado y en la prueba de las dos

mitades de 0.87 y de 0.62 y un *alpha de Cronbach* de 0.97 para la satisfacción del cuidado de 0.96 y de 0.94 en la prueba de las dos mitades. La autora no presenta el análisis factorial del nuevo instrumento y el tamaño de la muestra utilizada para la validación, 46 cuestionarios autoinformados por pacientes ingresados en salas de hospitalización (21 en gallego y 25 en castellano) resulta insuficiente para presentar análisis psicométricos sólidos.

1.3.2.4. Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)

En cuarto lugar, cabe destacar, la *CECSS (Consumer Emergency Care Satisfaction Scale)* (Davis & Bush, 1995) que, aunque está validada en español, en el contexto de urgencias (Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García, 2002; Cuñado, Bernardo, Rial, & García., 2002), tiene en cuenta aspectos que valoran la competencia profesional y cuyos ítems están relacionados con los cuidados y refleja la satisfacción con los cuidados enfermeros. La *CECSS* en su versión original demuestra convergente validez probada con la *Risser Patient Satisfaction Scale* permitiendo hacer mediciones de la satisfacción del paciente en el servicio de urgencias de manera precisa además de ser validada en diferentes poblaciones y contextos tal y como se mostraba en el apartado 3.1.9.

Las opciones de respuesta son una escala de tipo Likert desde totalmente de acuerdo (5), a totalmente en desacuerdo (1). Davis & Bush (1995) recomienda calcular las puntuaciones de cada una de las dimensiones calculando la media de los ítems que se relacionan con cada una de ellas. La puntuación total de la escala presenta un intervalo que oscila entre los 15 a los 75 puntos, dónde se considera satisfacción a partir de 45 puntos. La escala cuenta con 19 ítems agrupados en dos dimensiones, la competencia profesional o cuidados enfermeros que cuenta con 12 ítems (1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19) y la información que proporciona la enfermera al alta para el autocuidado del paciente, conformada por 3 ítems (4, 6, 7). Cuenta, además, con 4 ítems (5, 9, 14, 17) que responden al control y carácter negativo para minimizar las respuestas y cuya puntuación no se tiene en cuenta para el análisis.

En el estudio de validación de la traducción en español de la escala llevada a cabo por Cuñado, Bernardo, Rial, Marco y García (2002), en dos hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid, se utilizó una muestra de 102 pacientes ingresados en el servicio de urgencias. La *CECSS* alcanzó una puntuación media de 61 ± 6 puntos y de 60 ± 12 puntos respectivamente para cada hospital, media superior a los 45 puntos a partir del cual se considera satisfacción con los cuidados enfermeros. Mostró buenas propiedades métricas con una consistencia interna de *alpha de Cronbach* 0.88 satisfacción global y 0.88 y 0.81, para la competencia profesional y para la información, respectivamente. No reportan la estabilidad temporal por la baja tasa de respuesta en la segunda pasación. La validez de contenido mediante grupo de expertos y entrevistas a pacientes. La validez de constructo, mediante análisis factorial de componentes principales, de 0,66. El análisis factorial dio lugar a dos factores que explicaban el 46% de la varianza total. Muestra una correlación positiva con un cuestionario que mide la atención general en urgencias, así como la intención de volver al hospital.

Posteriormente, otros estudios de ámbito nacional como el realizado por Blanco-Abril et al. (2010) en el Hospital universitario Ramón y Cajal con una muestra de 198 pacientes atendidos durante su estancia en la unidad de urgencias, consiguen también altos niveles de satisfacción general y satisfacción con la competencia profesional y el grado de información por parte de las enfermeras obteniendo una puntuación media de la *CECCS* para la satisfacción global fue de 57.37 ± 10.22 .

1.3.2.5. Cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes

Por último, debe señalarse también, un cuestionario para medir la calidad con los cuidados enfermeros en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes coronarios (Sierra et al., 2009). Este cuestionario es el único cuestionario que no ha sido adaptado. El diseño del mismo se elaboró en base a un estudio cualitativo previo, utilizando como

método la fenomenología, para conocer las percepciones y necesidades de los pacientes coronarios. Así, la elaboración del cuestionario se realizó a partir del análisis de los datos de las entrevistas semiestructuradas que contemplaban las dimensiones de los aspectos técnicos, de los aspectos comunicativos y de los aspectos de las comodidades de la asistencia sanitaria, derivados de los cuidados enfermeros y percibidos por los pacientes como elementos de calidad de las unidades de cuidados intensivos cardiológicas. El cuestionario cuenta con 21 ítems y 3 subescalas: 5 ítems relacionados con la profesionalidad, 9 ítems relacionados con la comunicación y 7 ítems relacionados con las comodidades. Las opciones de respuesta son dos escalas de tipo Likert, una con 5 opciones de respuesta (muy bien, bien, regular, mal y no sabe) y otra con 3 opciones de respuesta (nunca, a veces y siempre).

En este estudio y con una muestra de 30 pacientes coronarios reportaron un *alpha de Cronbach* para la escala total de 0.96, para la Profesionalidad de 0.91, para la Comunicación de un 0.94, y para las Comodidades de un 0,86. En este estudio sin embargo sólo muestran el análisis de la fiabilidad y los datos sobre su validación carece de análisis psicométricos sólidos, debido al pequeño tamaño de la muestra utilizado.

De manera general y resumiendo este apartado sobre las escalas de medida de la satisfacción de los pacientes, cabe resaltar los siguientes puntos:

- La mayoría de investigadores han probado solo la consistencia interna mientras que rara vez se ha reportado la fiabilidad test-retest o estabilidad temporal, además de carecer de análisis factoriales.
- El uso de estos instrumentos que no incorporan en alguna medida la percepción del paciente puede comprometer la validez los resultados porque los pacientes y los profesionales definen de manera diferente qué constituye la calidad y dan prioridades diferentes a las diversas dimensiones. Con ello se corre el riesgo de mejorar la calidad desde el punto de vista de los profesionales.

- Reflejar la satisfacción en escalas con un solo factor no resulta lo más adecuado para interpretar la multidimensionalidad del propio concepto.

1.3.3. Incorporación de la perspectiva del paciente crítico en el diseño de cuestionarios.

A pesar de los beneficios y avances en la medición de la satisfacción con los cuidados enfermeros que se derivan de la utilización de los instrumentos, ninguno de ellos se ha creado específicamente para valorar la satisfacción con el cuidado enfermero desde la perspectiva del paciente, en unidades tan complejas y especializadas como las Unidades de Cuidados Intensivos (Megivern et al., 1992; Regaira et al., 2010; Sepúlveda et al., 2009). Los cuestionarios de satisfacción han sido, originalmente, elaborados en base a indicadores relacionados con aspectos que no necesariamente reflejan las prioridades y opiniones de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esto da lugar a que aspectos relacionados con los cuidados enfermeros para el paciente crítico no se recojan ni se valoren en toda su extensión y de forma integral en este contexto práctico.

La importancia de incorporar la perspectiva del paciente en las investigaciones proviene de algunos trabajos realizados por sociólogos como Parsons (1951) y Szasz y Hollender (1956), que observaron los beneficios potenciales de comprender el comportamiento del paciente ya que el cumplimiento del tratamiento hacía aumentar la calidad clínica y por lo tanto la satisfacción, vista ésta última como un requisito previo de una atención de calidad. Estos resultados coinciden con el inicio del abandono del paternalismo, donde adquieren más importancia los cuidados centrados en el paciente y, por lo tanto, la individualización de los cuidados.

Son muchos los autores que defienden la necesidad de ofrecer una atención centrada en el paciente (Coulter, 2002; Lauver et al., 2002; Mead & Bower, 2000). En este sentido, el concepto “centrado en el paciente” hace referencia a la aproximación y comprensión de la experiencia y el significado de la

enfermedad o situación de salud que vive el paciente desde su punto de vista, reconociendo que nadie sabe mejor que la propia persona en calidad de experto sobre la parte subjetiva de dicha situación. La identificación y la comprensión de la perspectiva del paciente permite su incorporación en la toma de decisiones o en la evaluación de los cuidados, entre otros (Mead & Bower, 2000).

El interés creciente en incorporar la perspectiva del paciente y esta tendencia a tener en cuenta la opinión de los pacientes se ve reflejada tanto en la utilización de metodologías mixtas en los estudios, como en las guías de práctica clínica cuya metodología implica incluir el punto de vista y prioridades de aquellos que la consumen, entre los que se encuentra, obviamente, el paciente (Krahn, 2010).

Igualmente, las enfermeras, además de estar comprometidas con la implementación de la mejor evidencia disponible en su práctica clínica tanto para aumentar la efectividad de los cuidados como para detectar las necesidades de los pacientes, también deberían interesarse por las prioridades y experiencias de sus pacientes porque solamente escuchando las experiencias de los pacientes, ellas pueden mejorar la calidad de los cuidados, ya que las percepciones de los pacientes aportarán nuevos datos a una misma realidad (Hyrkas, Paunonen & Laippala, 2000; Megivern et al., 1992; Regaira et al., 2010; Sepúlveda et al., 2009; Sofaer & Firminger, 2005; Wagner & Bear, 2009). Por otro lado, esto también permitirá conceptualizar la satisfacción del paciente crítico con los cuidados enfermeros de una forma renovada, novedosa y vanguardista, sobre todo, por la dificultad, desconocimiento o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias, en combinar las metodologías cualitativa y cuantitativa (Blanca, Blanco, Luque & Ramírez, 2008; Coyle & Williams, 2000; Merkouris et al., 1999; Mira & Aranaz, 2000; Redmond & Sorrell, 1999).

En esta línea, recientemente se ha propuesto una clasificación de los instrumentos de medida en función de su nivel de reconocimiento e incorporación de la perspectiva del paciente. Esta taxonomía, formulada originalmente para los instrumentos de medida utilizados en la evaluación de

resultados (Trujols et al., 2013), clasifica los cuestionarios de evaluación de la satisfacción con las intervenciones en 4 categorías distintas (Trujols et al., 2014):

1. Cuestionario de Satisfacción del Paciente-Generado por los Pacientes (CSP-GP). Hace referencia a un cuestionario elaborado y desarrollado en su totalidad desde la perspectiva de los pacientes. Como característica definitoria destaca que todas las personas que participan en las diferentes etapas de la construcción del instrumento son o han sido receptores de las intervenciones o de los cuidados acerca de los se va a evaluar su satisfacción (Rose, Evans, Sweeney & Wykes, 2011), utilizando una metodología mixta para su diseño y validación.

En el *CSP-GP* los propios pacientes son los investigadores y llevan a cabo todo el proceso de investigación, necesitándose para ello pacientes formados en metodologías y técnicas de investigación. Una publicación reciente muestra un protocolo estandarizado para el desarrollo de este tipo de cuestionarios en el ámbito de la salud mental (Rose et al., 2011).

2. Cuestionario de Satisfacción del Paciente-Centrado en el Paciente (CSP-CP). Consiste en un *CSP* diseñado incorporando, explícitamente y en mayor o menor grado, la perspectiva de los pacientes utilizando, como en el caso de los *CSP-GP*, una metodología mixta.

En una primera fase se utiliza una metodología cualitativa que resulta indispensable para conocer la perspectiva del paciente (Lasch et al., 2010; Romero et al., 2013). Técnicas de recogidas de datos como las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión resultan imprescindibles para generar las dimensiones y las categorías que conforman el constructo a evaluar desde la perspectiva del paciente (de la Cueva et al., 2014). Durante la redacción de los ítems se tienen en cuenta las propias palabras que los propios participantes utilizaron para describir su experiencia. En la segunda fase se utiliza metodología

cuantitativa, mediante la cual se elabora el cuestionario y se procede al estudio de las propiedades psicométricas del mismo.

Lo más destacable de esta categoría de cuestionarios sería, por lo tanto, las contribuciones que realizan los pacientes en las fases iniciales del diseño del cuestionario. Normalmente esta contribución se realiza en la generación de las dimensiones del constructo a evaluar, el uso de sus propias palabras en la redacción de los ítems, o bien, la validación de contenido de la primera versión del cuestionario elaborado (Trujols et al., 2014).

3. Cuestionario de Satisfacción del Paciente-Valorado por el Paciente (CSP-VP). En esta tercera categoría se hace referencia a aquellos CSP que se han elaborado sin contar con la participación de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de los pacientes, valoran de una manera positiva el cuestionario ya que refleja, al menos en cierta medida, sus propias perspectivas (Kabir & Wykes, 2010). En otras palabras, los pacientes creen que los profesionales que poseen un gran conocimiento sobre la realidad de los pacientes han sido los encargados del diseño del cuestionario.

4. Cuestionario de Satisfacción del Paciente-Irrelevante para el Paciente (CSP-IP). Esta cuarta categoría consiste en un CSP también desarrollado sin contar con la participación de los pacientes. Sin embargo, los pacientes valoran que el cuestionario no refleja factores que ellos consideran importantes por lo que no refleja su perspectiva y catalogan como irrelevante para ellos. Por este motivo, este tipo de cuestionarios que no incorpora aquellas cuestiones y temáticas importantes para los pacientes, resultan cuestionables.

Esta última categoría pone en evidencia palabras de autores como Bilsbury y Richman (2002) que enfatizan en que “*la búsqueda de la virtud psicométrica es inútil si el instrumento está tan mal enfocado que es irrelevante para el paciente*” (p.10).

La siguiente tabla sintetiza la clasificación de los *CSP* teniendo en cuenta el grado de incorporación de la perspectiva del paciente al cuestionario.

Tabla 3. Clasificación de los *Cuestionarios de Satisfacción del Paciente (CSP)*

Categorías	Descripción
<i>CSP-Generado por el Paciente</i>	Cuestionarios de satisfacción del paciente desarrollados íntegramente desde la perspectiva del paciente
<i>CSP-Centrado en el Paciente</i>	Cuestionarios de satisfacción del paciente desarrollados incorporando en mayor o menor grado la perspectiva del paciente
<i>CSP-Valorado por el Paciente</i>	Cuestionarios de satisfacción del paciente desarrollados sin la participación directa del paciente, pero valorados de manera positiva por ellos.
<i>CSP-Irrelevante para el Paciente</i>	Cuestionarios de satisfacción del paciente desarrollados sin la participación directa del paciente y valorados como irrelevantes por ellos.

Adaptada de: Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E. y Guàrdia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: Opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Preference and Adherence*, 8, 107–117.

Sin duda alguna, el paciente mismo adquiere una posición privilegiada a la hora de aprehender su propio punto de vista sobre la experiencia y el resultado de unos cuidados o unas intervenciones. Por todo ello, y considerando al paciente como experto en su perspectiva, resulta necesario mirar a través de los ojos del paciente para conocer su propia mirada y a partir de ésta, mejorar los cuidados dispensados. Posibilitar unos cuidados realmente centrados en el paciente requiere una evaluación de dichos cuidados igualmente centrada en el paciente. Dicha evaluación únicamente será posible si, entre otros requisitos como el de la robustez psicométrica, se considera el grado de incorporación de la perspectiva de los pacientes por parte del instrumento (Romero-García & Trujols-Albet; 2015)

Una mayor incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de los instrumentos de evaluación de la efectividad y calidad de los cuidados, responde a un cambio de paradigma en el que cada vez más los propios investigadores y las autoridades quieren asegurar que los cuestionarios que se

elaboren contengan ítems con significado y sean relevantes para los sujetos a los que se les administre el cuestionario (Lasch et al., 2010).

Por otro lado, la mayoría de instrumentos que evalúan la satisfacción del paciente nacen de opiniones y preferencias de los propios profesionales que ofrecen los servicios, sin representar la propia realidad de los usuarios, sus preferencias y opiniones lo que origina sesgos debido a que no siempre los profesionales conocen cómo valoran éstos los cuidados que reciben (Mira & Aranaz, 2000). Siguiendo esta línea, autores como Trujols, Iraurgi, Oviedo y Guàrdia (2014), defienden que si seguimos utilizando instrumentos que evalúan áreas de interés para investigadores o administradores de los servicios y no incorporamos aquellos aspectos que son relevantes para el paciente los resultados que se obtengan serán discutibles.

Es por ello que el diseño y validación de un cuestionario de satisfacción se concibe en esta tesis a través de la perspectiva del paciente, otorgando al paciente tanto el rol de decidir las dimensiones o factores del cuestionario como la evaluación funcional a partir de la validación de contenido de la primera versión del cuestionario.

**1.4. Perspectiva del paciente crítico en relación al
cuidado enfermero satisfactorio. *Modelo Teórico.***

En esta línea y tomando la satisfacción como una opinión de la calidad del cuidado que representa elementos específicos de dicha calidad, los cuales, en su mayoría están relacionados con las expectativas y los valores de los pacientes (Cabrero et al., 1995; Merkouris et al., 1999), es significativamente relevante, conocer las dimensiones de la satisfacción en relación a los cuidados enfermeros desde la propia perspectiva de los pacientes críticos.

Un estudio previo ha permitido conocer la conceptualización y las dimensiones del concepto de satisfacción con los cuidados enfermeros en el paciente crítico desde la perspectiva y experiencia de los pacientes (Romero et al., 2013).

El estudio cualitativo utilizó el método de la Teoría Fundamentada según la perspectiva de Strauss y Corbin (2002) y permitió dar la oportunidad a los pacientes de explicar acontecimientos, ir más allá en la comprensión de una nueva manera de vida social, crear maneras nuevas de comprender el mundo y expresarlas teóricamente. Este método permitió la conceptualización y teorización del concepto de satisfacción con los cuidados enfermeros en el paciente crítico desde la propia vivencia y experiencia del paciente. La técnica de recogida de datos utilizada fue la entrevista en profundidad, y el apoyo del diario de campo y la grabadora digital (Romero et al., 2013). Por otra parte, no todos los métodos utilizados en investigación cualitativa resultan adecuados para la elaboración de un *Cuestionario de Satisfacción del Paciente-Centrado en el Paciente (CSP-CP)*, sin embargo, Lasch et al. (2010) consideran el método de la Teoría Fundamentada como apropiado en la elaboración de dichos cuestionarios.

El análisis y la relación entre los códigos, las categorías y dimensiones han permitido la elaboración de una aproximación de definición al concepto de satisfacción tal y como ha sido expresada y vivida por los participantes del estudio. En este sentido, los pacientes ingresados en UCI consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando éstos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma continuada y

van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza (Romero et al., 2013).

Las dimensiones que han emergido del discurso de los participantes engloban, por un lado, aspectos relacionados con el cuidado a la persona desde un punto de vista holístico que incluye tanto aspectos físicos como aspectos psicoemocionales y espirituales del cuidado. También engloban aspectos relacionados con las formas de comunicación tanto verbal como no verbal, así como aspectos relacionados con los comportamientos profesionales de las enfermeras y, finalmente, las experiencias de los participantes de recibir cuidados enfermeros considerados como satisfactorios expresados a partir de las vivencias y de los sentimientos expresados.

De este modo se plantea un *Modelo Teórico* de conceptualización de la satisfacción con los cuidados enfermeros con 4 dimensiones que se describen a continuación:

a. La visión holística de la persona

En relación a la visión holística de la persona, los participantes han manifestado que estar satisfechos con los cuidados enfermeros quiere decir que se han contemplado todos los aspectos biológicos o físicos, psicoemocionales y espirituales de la persona.

En primer lugar, los participantes consideraron que los cuidados satisfactorios incluidos en la parte biológica o física de los cuidados son: la higiene e hidratación, la movilización, el control del dolor, las curas (heridas, catéteres, drenajes, etc.), la administración de medicación, la valoración del sueño y la continuidad de los cuidados.

En segundo lugar, los participantes consideraron satisfactorios los cuidados psicoemocionales y espirituales ofrecidos por las enfermeras que recogen aspectos como: dar apoyo y ánimo, estar presente y cercana, el tacto y la

escucha, el cariño, la empatía y la paciencia les permitía mantener una relación de confianza con la enfermera.

b. Las formas de comunicación

En cuanto a las formas de comunicación, los participantes han relatado que estar satisfechos con los cuidados enfermeros quiere decir que la enfermera establece una comunicación tanto verbal como no-verbal con los pacientes. En relación a la comunicación verbal, se sienten satisfechos cuando la enfermera se presenta o se despide y le ofrece explicaciones. En relación a la comunicación-no verbal, describen como prioritarios los abrazos, las caricias, la sonrisa, la mirada y los gestos de la enfermera hacia ellos.

c. Comportamientos profesionales

En esta dimensión, los participantes consideran que para recibir un cuidado satisfactorio la enfermera debe combinar aspectos como: la naturalidad, el juicio clínico, el dominio de la técnica, la rapidez, la precisión, la actitud, el trato humano, la vocación y el trabajo en equipo.

d. Consecuencias de los cuidados

Las consecuencias de recibir cuidados enfermeros considerados como satisfactorios se representan a partir de las vivencias y de los sentimientos expresados por los participantes.

Los participantes experimentaban sensaciones de bienestar, así como de dependencia, entendida ésta como la expresión de “sentirse en las manos” de la enfermera y el sentimiento de no poder valerse por sí mismos, llegando a comparar esta dependencia con la de un niño con su madre. Además, se sentían mejor, optimistas, queridos, tranquilos, acompañados y seguros, sentirse mejor y recibido, además de sentirse persona, la percepción de estar cuidados por una enfermera eficiente (conocimientos y habilidades) y la vivencia de formar parte del “engranaje”.

El sistema de codificación-categorización sobre las dimensiones del concepto de satisfacción, se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Sistema de codificación-categorización del concepto de satisfacción.

Dimensiones	Categorías	Códigos
Cuidado holístico	Aspectos biológicos o físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene e hidratación - Movilización - Control del dolor - Curas - Administración de medicación - Valoración del sueño - Cuidados continuados
	Aspectos psicoemocionales y espirituales	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo - Ánimo - Estar presente y cercana - Tacto - Escucha - Cariño - Empatía - Paciencia - Relación de confianza
Formas de comunicación	Comunicación Verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Presentarse - Despedirse - Ofrece explicaciones
	Comunicación no verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Caricias - Sonrisa - Mirada - Gestos
Comportamientos profesional	Comportamientos profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Naturalidad - Juicio Clínico - Dominio de la técnica - Rapidez - Precisión - Actitud - Vocación - Trato humano - Trabajo en equipo
Consecuencias de los cuidado	Sentimientos y vivencias	<ul style="list-style-type: none"> - Sentir bienestar - Sentimientos de dependencia - Sentirse optimista - Sentirse querido - Sentirse tranquilo - Sentirse mejor - Sentirse persona - Sentirse acompañado - Sentirse seguro - Sentirse cuidado por enfermeras eficientes - Vivencia de formar parte de un "engranaje"

Resulta asimismo interesante, incluir la percepción de los actores implicados para conocer el fenómeno en su totalidad, entre los que se encuentran obviamente las enfermeras que cuidan a los pacientes críticos. Existe poca evidencia sobre la percepción de las enfermeras en relación a los cuidados enfermeros que proporciona al paciente crítico, por lo tanto, la triangulación de los datos permitió conocer si las enfermeras que cuidaban a los pacientes críticos tenían la misma percepción en relación a los cuidados enfermeros satisfactorios que dispensaban (Jover-Sancho et al., 2015).

Los resultados que surgieron en el discurso de las enfermeras a partir de un grupo focal en relación a su manera de entender y dar el cuidado enfermero al paciente crítico, coincidieron con los resultados que emergieron de los pacientes entrevistados en profundidad. Tanto en relación a la definición del concepto de satisfacción de los cuidados, cómo en referencia a las dimensiones que conformaban el cuidado enfermero satisfactorio. Estos resultados apoyaron el *Modelo Teórico* formulado (Romero et al., 2013).

Disponemos de un planteamiento conceptual robusto y necesitamos un instrumento estandarizado que permita, por un lado, verificar la estructura del *Modelo Teórico* planteado y, por otro lado, evaluar la satisfacción de los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente de modo cuantificable, tanto globalmente como por dimensiones específicas. Para ello nos planteamos los objetivos que describimos en el siguiente apartado de esta tesis.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos de esta investigación son:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio.
2. Diseñar y validar un cuestionario¹ desde la perspectiva del paciente que permita evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico.
 - 2.1. Analizar los ítems de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.
 - 2.2. Analizar la fiabilidad en términos de consistencia interna de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.
 - 2.3. Analizar la fiabilidad en términos de estabilidad temporal de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.
 - 2.4. Analizar la validez de constructo de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.
 - 2.5. Analizar la validez de criterio de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.
3. Identificar los niveles de satisfacción del paciente crítico en relación a los cuidados enfermeros.
4. Determinar la correlación entre la satisfacción del paciente crítico y las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

¹ El Cuestionario de *Satisfacción del Paciente-Centrado en el Paciente Crítico* diseñado y validado en esta tesis ha recibido el nombre de *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.

Las hipótesis de esta investigación son:

1. La *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)* presenta una consistencia interna superior a 0.7.
2. La *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)* presenta una estabilidad temporal igual o superior a 0.8.
3. La *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)* presenta una estructura factorial de 4 factores y tanto los factores como los ítems obtienen una correlación significativa superior a 0.40 que confirma el *Modelo Teórico* propuesto.
4. La satisfacción con los cuidados enfermeros en el paciente crítico medida por *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*, es similar a la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)*, utilizada para medir la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto de urgencias.
5. El nivel de satisfacción global de los pacientes con los cuidados enfermeros se sitúa entre satisfecho y muy satisfecho, tanto a nivel global como por dimensiones
6. El nivel de satisfacción global se correlaciona con alguna de las variables sociodemográficas y clínicas.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de estudio

Con el fin de diseñar y validar un cuestionario desde la perspectiva del paciente que permitiera evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico, se utilizó una metodología cuantitativa psicométrica y un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional.

3.2. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que se encuentra situado en la parte este de Barcelona. Dispone de 527 camas de hospitalización y anualmente se atiende a más de 35.722 pacientes ingresados y 135.258 urgencias. Es un hospital de tercer nivel con tres Unidades de Cuidados Intensivos de adultos (generales, cirugía cardíaca y coronaria) que están compuestas por un total de 32 boxes individuales (10, 10 y 12 boxes respectivamente) con una ratio enfermera/paciente de 1:2.

3.3. Población de estudio y muestra

La población de estudio fueron todos los pacientes dados de alta en UCI desde enero de 2013 a enero de 2015.

El tamaño de la muestra se calculó por estimación de proporciones y medias (error $\alpha=5\%$). Apreciándose, a priori, un tamaño de 200 pacientes bajo la premisa de conseguir resultados significativos y para evitar los sesgos pertinentes. Por otro lado, también se tuvo presente el número de ítems que forman parte de la escala, aceptándose para escalas con más de 20 ítems entre 5 y 10 participantes por cada ítem (Cortina, 1993; Streiner, 2003).

El muestreo fue no probabilístico de tipo consecutivo hasta obtener el tamaño de la muestra, incluyendo a aquellos pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Dar el consentimiento informado verbal y escrito.
2. Orientados en tiempo, lugar y persona.
3. Poder expresarse, leer y escribir en uno de los dos idiomas oficiales de Cataluña: catalán y español.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Haber recibido el alta con destino a otro hospital.
2. Haber recibido el alta directamente a su domicilio.

3.4. Variables del estudio

Las variables y categorías del estudio están organizadas en tres bloques:

- **Variables relativas al nivel de satisfacción** del paciente con los cuidados enfermeros recibidos durante su ingreso en UCI. Se incluyeron 5 variables: nivel global de satisfacción, nivel de satisfacción en relación a los cuidados holísticos, nivel de satisfacción en relación a las formas de comunicación, nivel de satisfacción en relación a los comportamientos profesionales y nivel de satisfacción expresado a partir de los sentimientos y vivencias generados al recibir cuidados enfermeros. Estas variables se evaluaron con una escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (6) y en tres categorías (poco satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho).
- **Variables relativas a datos sociodemográficos.** Se consideraron 6 variables; la edad: reflejada en años en el momento de estudio, con un mínimo de 18 años, al tratarse de unidades de adultos; el sexo: hombre, mujer; el estado civil: casado-a, vive en pareja, soltero-a,

separado-a, divorciado-a, viudo-a; las personas a su cargo: niños, personas discapacitadas, personas de edad avanzada; la situación laboral: en paro, trabajando, pre-jubilado-a, jubilado-a, estudiante, otras situaciones; y el nivel de estudios: sin estudios, graduado escolar, enseñanza obligatoria, BUP, COU, Bachillerato, Módulos, Formación profesional, Diplomatura, Licenciatura, Doctorado.

- **Variables relativas a datos clínicos.** Se incluyeron 5 variables relativas a los días de estancia en UCI, reflejada en días; la causa de ingreso en UCI, en palabras del paciente; los ingresos previos en UCI, sí o no; la percepción de su estado de salud, con una escala tipo Likert con 10 opciones de respuesta para evitar un sesgo por error de tendencia central, de pésimo (1), a excelente (10); y la percepción del grado de recuperación desde el ingreso en UCI, escala tipo Likert con 10 opciones de respuesta que van desde no he mejorado nada (1), a me he recuperado totalmente (10), para evitar un sesgo por error de tendencia central.

3.5. Instrumentos

En este apartado se detallan los instrumentos utilizados para evaluar las variables descritas en el apartado anterior: La *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*, la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)*, el Cuestionario con preguntas generales de satisfacción y el formulario *ad-hoc* para la recogida de datos sociodemográficos y clínicas.

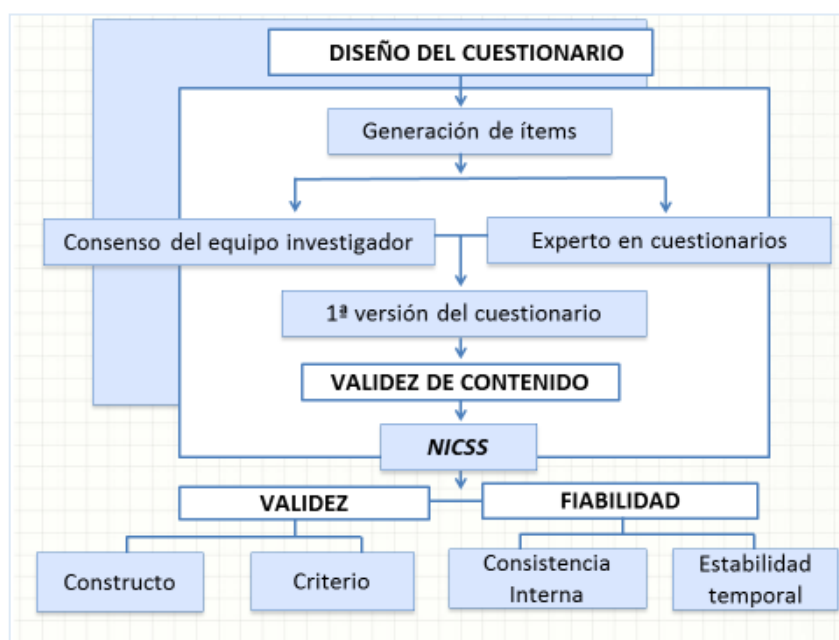
3.5.1. La *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*.

Para evaluar las variables de satisfacción se creó y validó un cuestionario siguiendo las recomendaciones propuestas por diferentes autores (Argimón & Jiménez, 2013; Muñiz & Fonseca, 2009; Streiner & Norman, 2008). Inicialmente, se realizó el diseño de la primera versión del cuestionario que, tras la validación de contenido, permitió elaborar la versión definitiva de la

Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS) que fue validada siguiendo los estándares internacionales de la *American Educational Research Association, American psychological Association and National Council on Measurement in Education* (2014).

La figura 2 muestra las diferentes fases que se detallan a continuación.

Figura 2. Diseño y validación de la *NICSS*



NICSS: Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale

3.5.1.1. Diseño y construcción inicial de la *NICSS*

El diseño y construcción inicial de la *NICSS* se realizó en dos fases: la primera relacionada con la generación de los ítems y la segunda con la validación de contenido.

Generación de ítems

La **primera fase** comprende la generación de los diferentes ítems y para ello el equipo investigador se basó, principalmente, en las diferentes categorías identificadas dentro de las 4 dimensiones que configuran el *Modelo Teórico* surgido del estudio cualitativo previo (Romero et al., 2013), explicado con

detalle en el apartado 1.4. (*Perspectiva del paciente crítico en relación al cuidado enfermero satisfactorio. Modelo Teórico*).

Mediante el consenso del equipo investigador, y tras ocho reuniones, se elaboraron los ítems y su redacción. Para ello, además, se consultó con un experto en el desarrollo y evaluación de instrumentos de medida, también presente en 4 de las reuniones. El equipo investigador estuvo formado por 8 enfermeras, expertas en el cuidado al paciente crítico, con más de 15 años de experiencia en UCI y formación postgraduada en enfermería intensiva.

Así, de las 4 dimensiones del cuidado satisfactorio identificadas en el estudio cualitativo, se desarrolló la primera versión del cuestionario con un total de 82 ítems, distribuidos entre los 4 factores con igual representación, aproximadamente con el mismo número de ítems, ya que consideramos la misma relevancia para todos los códigos y 3 preguntas abiertas que el equipo investigador decidió incluir para que los pacientes pudieran expresar aspectos que no recogía el cuestionario. En su redactado se siguieron criterios de uniformidad en la expresión y se incluyeron las propias palabras que los pacientes utilizaron para describir sus propias experiencias, vivencias y sentimientos, en lugar de utilizar términos más amplios desarrollados a partir de los investigadores (Lasch et al., 2010) y otras indicaciones basadas en la experiencia investigadora recogida por algunos autores (Casas, Repullo, & Donaldo, 2003a; Casas, Repullo, & Donaldo, 2003b; Padilla, González & Pérez, 1998; Padua, Ahman, Apezechea, & Borsotti, 1987; Sierra, 1994).

Validación de contenido

En la segunda fase, se realizó la *validación de contenido* de la primera versión del cuestionario, a partir de un panel de pacientes dados de alta de la UCI que adquirieron el rol de expertos a la hora de juzgar el cuestionario (Bilsbury & Richman, 2002).

La muestra estuvo compuesta por 30 pacientes expertos que cumplieron las siguientes características:

- Haber estado ingresado como mínimo 48 horas en la UCI.
- Estar más de 48 horas de estancia en UCI orientado en tiempo, lugar y persona con *Glasgow Coma Score* de 15 o 11T y sin presencia de delirio o disfunción cognitiva aguda, con *The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)* negativo.
- Dar el consentimiento informado verbal y escrito.
- Poder expresarse, leer y escribir en uno de los dos idiomas oficiales de Cataluña: catalán y español.
- Recibir el alta de la UCI a alguna sala de hospitalización del mismo hospital.

Los *instrumentos* utilizados para la recogida de datos de la validación de contenido se detallan a continuación:

- La primera versión del cuestionario que constaba de 82 ítems.
- Formulario heteroadministrado que recogía variables, agrupadas en dos bloques. Un primer bloque correspondiente al análisis de las características de cada ítem, identificando los ítems repetidos, los ítems incompresibles, los ítems difíciles de contestar, y los ítems con dos variables dentro de la misma afirmación. Y un segundo bloque referido a la escala global que recogía variables relacionadas con la facilidad de cumplimentación, si resultaba fatigoso, si los ítems de la escala global reflejaban los aspectos necesarios para conocer su nivel de satisfacción, el tiempo destinado a cumplimentarlo (Martín, 2004; Muñiz & Fonseca, 2009), así como, la elección de la opción de respuesta que les pareció más fácil de contestar (Clark & Watson, 1995)
- Para el registro de los datos sociodemográficos (edad, género, situación laboral y estado civil) y clínicos (diagnóstico de ingreso en UCI, días de estancia en UCI, horas de ventilación mecánica, ingresos previos...) de los pacientes expertos se construyó un formulario *ad-hoc* (Anexo 1).

El procedimiento seguido fue el siguiente:

Para detectar a los posibles candidatos, desde el ingreso del paciente en la UCI hasta su alta, se le pasó el *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)* una vez al día y se valoró la orientación a través del *Glasgow Coma Score* (Anexos 2 y 3 respectivamente). La valoración de los dos últimos y su registro en la gráfica del paciente lo llevó a cabo la enfermera responsable del mismo en cada turno de trabajo. A los pacientes que no presentaron alteraciones cognitivas, delirio y estuvieron conscientes y orientados durante 48 horas, se les explicó el proyecto y se les pidió el consentimiento de manera verbal.

Ante la actitud favorable de participación en el estudio, el equipo investigador recogió los datos correspondientes al formulario *ad hoc* de variables sociodemográficas y clínicas de la historia clínica del paciente. Posteriormente, una vez dados de alta en UCI y durante la primera semana, según las recomendaciones de diferentes autores (Johansson et al., 2002; Morse & Field, 1995), se les pidió el consentimiento escrito y se les informó de nuevo del objetivo del estudio y de los aspectos metodológicos, así como de la garantía del anonimato, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento (Anexo 4). Posteriormente, se acordó el día, la hora y el lugar para la realización de una entrevista informal para la cumplimentación del formulario heteroadministrado. Estas entrevistas individuales con cada uno de los participantes se realizaron en la sala de hospitalización, en un ambiente tranquilo y confortable y se llevaron a cabo por 2 personas del equipo investigador que no habían tenido contacto directo con el paciente durante su ingreso. Al igual que en el estudio cualitativo previo (Romero, et al., 2013) en el momento de la entrevista, se valoró el *CAM-ICU* y la orientación a partir del Test de *Glasgow Coma Score*. En el caso de que alguna de las anteriores valoraciones estuviera alterada o el paciente percibiera malestar físico y/o emocional se acordó con el paciente otro día para la realización de la entrevista. A los formularios cumplimentados se les asignó un código numérico para asegurar la confidencialidad y el anonimato.

Se realizó un *análisis descriptivo* de todas las variables calculando la media, desviación estándar, mediana y rango para las variables cuantitativas y, las frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Se utilizó el programa Excel para el análisis de los datos.

Finalmente, tras los resultados obtenidos en el análisis del estudio de validación de contenido y diferentes reuniones de consenso con el equipo investigador y el asesor experto en cuestionarios se redactó la versión definitiva de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*. De los 82 ítems iniciales de la primera versión del cuestionario se pasó a 49 ítems en la versión definitiva de la *NICSS*.

3.5.1.2. Estructura de la versión definitiva de la NICSS

La *NICSS* evalúa la satisfacción del paciente en relación a los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI. La versión definitiva de la *NICSS* cuenta con 49 ítems, que responden a los diferentes códigos que conforman las 4 dimensiones del concepto de satisfacción en relación a los cuidados enfermeros.

Los tres primeros factores de la *NICSS* hacen referencia a las experiencias del paciente en relación los cuidados enfermeros recibidos con un total de 37 ítems, 20 que corresponden al *Factor 1: Cuidado Holístico*, 6 ítems al *Factor 2: Formas de Comunicación* y 11 ítems al *Factor 3: Comportamientos Profesionales*. El *Factor 4: Consecuencias* hace referencia a los sentimientos que han vivido como consecuencia de los cuidados enfermeros recibidos con un total de 12 ítems (Anexo 5).

El sistema de puntuación de los ítems fue simple, siendo el sumatorio de las respuestas acertadas la puntuación directa, y considerados todos con la misma ponderación (Streiner & Norman, 2008). Cada uno de los ítems se midió de acuerdo a una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta (de 1 muy en desacuerdo, a 6 muy de acuerdo). De manera que la puntuación de cada factor se obtuvo con la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- **Factor 1.** Experiencia del paciente sobre los cuidados enfermeros recibidos de manera holística, con la suma de los ítems 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 32, 34, 36 y 37, donde 20 es la puntuación mínima y 120 la puntuación máxima.
- **Factor 2.** Experiencia del paciente sobre las formas de comunicación, con la suma de los ítems 1, 20, 25, 26, 30 y 33, donde 6 es la puntuación mínima y 36 la puntuación máxima.
- **Factor 3.** Experiencia del paciente sobre los comportamientos profesionales, con la suma de los ítems 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 28, 31 y 35, donde 11 es la puntuación mínima y 66 la puntuación máxima.
- **Factor 4.** Los sentimientos y vivencias del paciente en consecuencia a los cuidados enfermeros recibidos, corresponden a la suma de los ítems 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 y 49, donde 12 es la puntuación mínima y 72 la máxima. En este apartado aparecen 3 ítems (44, 48 y 49) formulados en positivo pero que expresan una opinión desfavorable, de tal manera que la puntuación se invierte.

La Tabla 6 muestra la configuración de la *NICSS* incluyendo los ítems de cada uno de los factores y su formulación en positivo o negativo

Tabla 5. Configuración de la *NICSS*

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS							
<i>Factor 1</i>		<i>Factor 2</i>		<i>Factor 3</i>		<i>Factor 4</i>	
CUIDADO HOLÍSTICO		FORMAS DE COMUNICACIÓN		COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES		CONSECUENCIAS	
Item nº 6	+	Item nº 1	+	Item nº 2	+	Item nº 38	+
Item nº 7	+	Item nº 20	+	Item nº 3	+	Item nº 39	+
Item nº 8	+	Item nº 25	+	Item nº 4	+	Item nº 40	+
Item nº 12	+	Item nº 26	+	Item nº 5	+	Item nº 41	+
Item nº 14	+	Item nº 30	+	Item nº 9	+	Item nº 42	+
Item nº 15	+	Item nº 33	+	Item nº 10	+	Item nº 43	+
Item nº 16	+			Item nº 11	+	Item nº 44	-
Item nº 17	+			Item nº 13	+	Item nº 45	+
Item nº 18	+			Item nº 28	+	Item nº 46	+
Item nº 19	+			Item nº 31	+	Item nº 47	+
Item nº 21	+			Item nº 35	+	Item nº 48	-
Item nº 22	+					Item nº 49	-
Item nº 23	+						
Item nº 24	+						
Item nº 27	+						
Item nº 29	+						
Item nº 32	+						
Item nº 34	+						
Item nº 36	+						
Item nº 37	+						

La variable satisfacción puede obtenerse por puntuación directa o bien categorizada en tres niveles. La puntuación total de la *NICSS* corresponde a la suma de todas las puntuaciones de los ítems, de manera que la puntuación máxima para la escala es de 294 puntos y la mínima de 49 puntos.

Al mismo tiempo, se categorizaron las 6 opciones de respuesta en “poco satisfecho” (muy en desacuerdo y en desacuerdo), “bastante satisfecho” (algo en desacuerdo y algo de acuerdo) y “muy satisfecho” (de acuerdo y muy de acuerdo). La puntuación de la escala total y la puntuación correspondiente a cada uno de los factores y sus categorías aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 6. Valores mínimos y máximos por factores, categorías y la escala total

	Valor mínimo	Valor máximo	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
<i>Factor 1: Cuidado holístico</i>	20	120	20-40	60-80	100-120
<i>Factor 2: Formas de comunicación</i>	6	36	6-12	18-24	30-36
<i>Factor 3: Comportamientos profesionales</i>	11	66	11-22	33-44	55-66
<i>Factor 4: Consecuencias</i>	12	72	12-24	36-48	60-72
Puntuación NICSS total	49	294	49-98	147-196	245-294

NICSS: Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale

De tal manera que, una puntuación entre 49 y 98 corresponderá a un paciente crítico poco satisfecho, entre 147 y 198 bastante satisfecho, y entre 245 y 294 muy satisfecho en relación a los cuidados enfermeros recibidos durante su ingreso en UCI.

La *NICSS* es una escala elaborada para ser autoadministrada por el propio paciente una vez recibido el alta de la UCI, mientras dura su hospitalización en el mismo hospital (Johansson et al, 2002; Morse & Field, 1995; Thomas et al., 1996).

Descripción de los ítems de la NICSS

Los ítems de la escala en su versión completa se muestran en el Anexo 5.

3.5.2. Otros instrumentos utilizados

Además de la *NICSS* se utilizaron los siguientes instrumentos para la recogida de datos:

- Cuestionario con preguntas generales de satisfacción que contenía 3 ítems criterio, utilizadas para la validación de criterio, y 3 preguntas abiertas, 2 sobre los cuidados enfermeros recibidos y una sobre situaciones concretas que deseen expresar y que de otra forma se perderían (Anexo 6).

- Un formulario construido *ad-hoc* para la recogida de los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes. (Anexo 7)
- *La Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* elaborada por Davis y Bush (Davis & Bush, 1995) y validada en español, en el contexto de urgencias por Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García (2002) (Anexo 8). Para la utilización de esta escala en español se obtuvo el permiso de la autora Dra. Ascensión Cuñado Barrio (Anexo 9). Esta escala tiene opciones de respuesta de tipo Likert de 5 puntos. El total de la escala presenta un intervalo de puntuación que oscila entre 15 a 75 puntos, considerando satisfacción a partir de 45 puntos (Anexo 10). La *CECSS* se ha explicado con mayor detalle en el *Apartado 1.3 (Escala de medición de la satisfacción del paciente)*.

Esta escala también se utilizó para la validación de criterio.

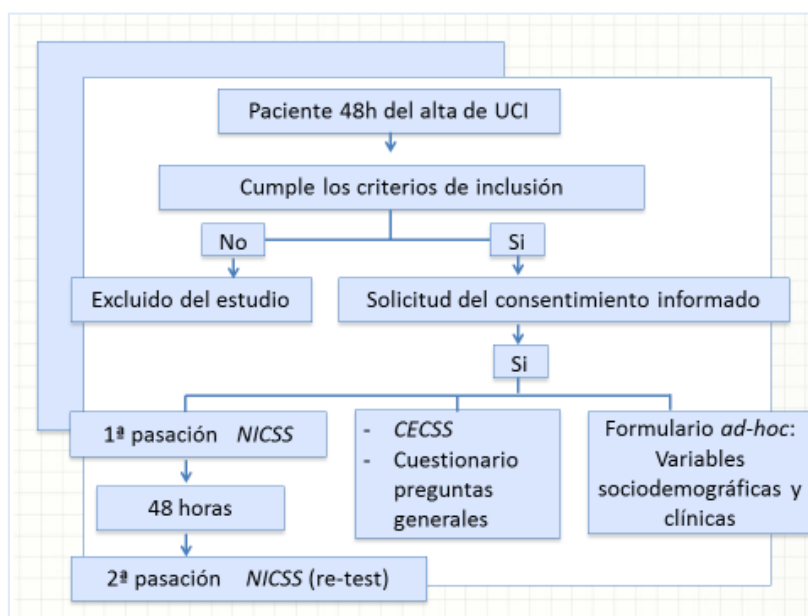
3.6. Procedimiento

Una vez que el paciente fue dado de alta de la UCI se contactó con él en un plazo no superior a las 48 horas. En ese momento, en la sala de hospitalización donde se hallaba el paciente, se le proporcionó información más detallada del estudio, así como, se le pidió el consentimiento informado. En caso afirmativo, se le entregó la escala *NICSS*, la escala *CECSS*, el cuestionario de preguntas generales, y el formulario *ad-hoc* de las variables sociodemográficas y clínicas para su posterior cumplimentación.

La entrega personalizada del cuestionario permitió valorar la comprensión de la posterior cumplimentación (Christoglou et al., 2006) y cuando los pacientes lo demandaron, se les ayudó a cumplimentarlos. Pasadas 48 horas de la primera pasación, siguiendo las recomendaciones de Streiner & Norman (2003) según las cuales se recomienda periodos no muy prolongados, se contactó de nuevo con el paciente, por la sala donde permanecía hospitalizado y se le entregó de nuevo la *NICSS*, para analizar la estabilidad temporal o test re-test del instrumento.

Finalmente, a los cuestionarios cumplimentados se les asignó un código de letras y números para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes del estudio. La información recolectada fue transcrita en Microsoft Access 2007. El procedimiento que se siguió se detalla en la siguiente figura.

Figura 3. Procedimiento para la recogida de datos



NICSS: *Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale*
CECSS: *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*

3.7. Análisis de datos

Se realizaron los siguientes análisis: descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, descriptivo de los ítems de la NICSS, fiabilidad y validez, descriptivo del nivel de satisfacción, bivalente para establecer relaciones entre las variables y de contenido para las preguntas abiertas. Los siguientes subapartados explicitan con mayor detalle el tipo de análisis realizado.

3.7.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Para la descripción de todas las variables sociodemográficas y clínicas incluidas en el estudio, se calculó la media, la desviación estándar (DE), la mediana y el rango para las variables cuantitativas, y las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

3.7.2. Análisis descriptivo de los ítems de la *NICSS*.

Para cada ítem del cuestionario *NICSS* se realizaron análisis de frecuencias, porcentajes de respuestas a las diferentes categorías, media, desviación estándar (DE) y varianza.

Se calculó también el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregido, estimando las correlaciones de cada ítem con el total de la escala y con su subescala correspondiente, aceptando como límite inferior una correlación de 0.30 (Nunnally & Bernstein),

Por tanto, los ítems del cuestionario que presentaron algunos de los siguientes criterios, fueron examinados para su posible eliminación

1. ítems con más de un 20% de no respuestas.
2. ítems con un nivel de variabilidad inferior al 10% (varianza $<0,225$).
Con ello se pretendió suprimir aquellos ítems que generaban respuestas demasiado unánimes y escasamente discriminativas (Streiner & Norman, 2008).
3. ítems con un porcentaje de respuesta superior al 90% en alguna de sus categorías de respuesta válidas. Especialmente en los extremos (efecto techo y suelo).
4. ítems con una correlación ítem-total inferior a 0,3. Asimismo, siguiendo la recomendación de Ferketich (1991) relativa a las correlaciones entre ítems de un (a priori) mismo factor, se eliminarían aquellos ítems en los que i) la media de las correlaciones entre el ítem

y el resto de ítems no se situaba entre 0,30 y 0,70, o ii) menos del 25% de las correlaciones se situaban entre 0,30 y 0,70.

3.7.3. Análisis de la fiabilidad

El análisis de fiabilidad del instrumento, se desarrolló estudiando la consistencia interna y la estabilidad temporal:

Consistencia interna

Para la consistencia interna se aceptó un valor superior a 0.7, para afirmar que el instrumento tiene una buena consistencia interna (Bland, & Altman, 1997; Gómez, Carreras, Guilera, & Andrés, 2010; Nunnally, & Bernstein, 1995). Valores inferiores a 0.7 revelan una pobre correlación y aquellos por encima de 0.90 indican redundancia o duplicación de ítems (Jaju, & Crask, 1999) o bien responde a escalas con más de 20 ítems debido a que el coeficiente está relacionado directamente con el número de ítems del cuestionario (Kupermintz, 2004; Streiner, 2003). En estos casos, diversos autores, recomiendan el cálculo de la consistencia interna para cada grupo de ítems que conforman los factores de la escala total (Oviedo & Campo-Arias, 2005; Streiner, 2003).

Estabilidad temporal o test re-test

La fiabilidad test-retest se calculó con el coeficiente de correlación intraclase (CCI), que es un índice que sintetiza el grado de concordancia entre dos medidas cuantitativas (Argimon & Jiménez, 2013). Los valores del CCI se hallan comprendidos entre 0 y 1, dónde un valor por encima en un rango de 0,70 y 0,79 señala una concordancia aceptable, entre 0,80 y 0,89 una concordancia buena y cuando es mayor a 0.90 la concordancia es muy buena. Valores inferiores a 0,70 muestran una concordancia débil (Cicchetti, 1994).

Diversos autores evalúan también la fiabilidad test-retest utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r) que permite visualizar en un

diagrama de dispersión un conjunto de puntos que se aproximan a la situación en la cual todos están exactamente en una línea recta (Szklo & Nieto, 2003). A pesar de sus limitaciones relacionadas con la presencia de valores extremos u *outliers* y la sensibilidad a diferencias sistemáticas entre las dos medidas y al recorrido de los valores, se calculó como información adicional al Coeficiente de Correlación Intraclass.

Como información complementaria al Coeficiente de Correlación Intraclass, que también se calculó en este estudio, fue el análisis de las diferencias individuales propuesto por Bland y Altman (2010) que calcula las medias a partir de la media y de la desviación estándar de las diferencias de ambas medidas y dónde si las diferencias siguen una distribución normal, deben situarse entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia.

3.7.4. Análisis de la validez

Para estudiar la validez del cuestionario NICSS se analizaron la validez de constructo y la validez de criterio.

Validez de constructo

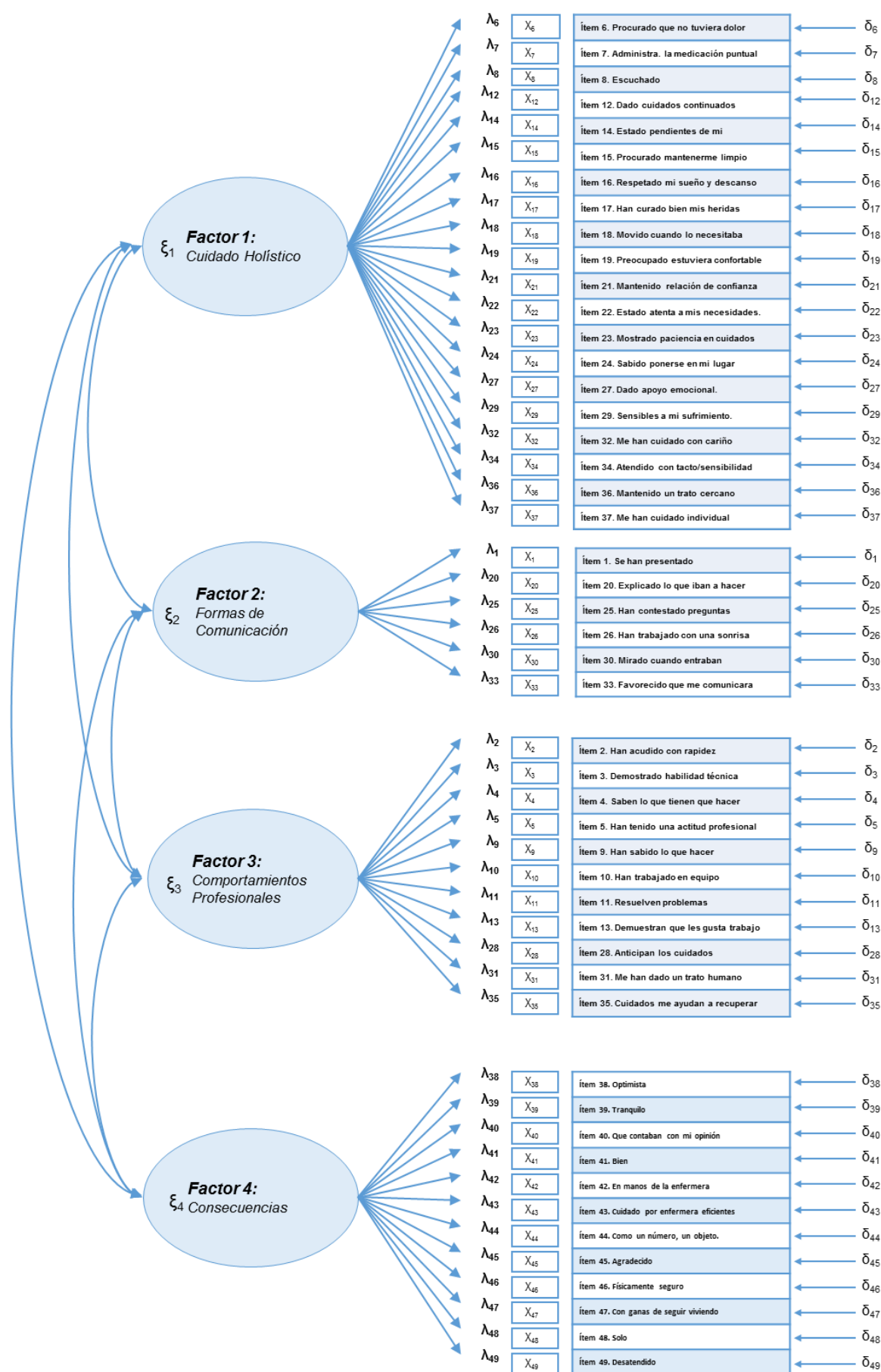
Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) fundamentado en el análisis de estructuras de covarianzas que persigue determinar si el modelo del instrumento de medida diseñado por el investigador y basado en hipótesis teóricas es consistente con la realidad (Rial, Varela, Abalo & Lévy, 2006; Roldán, 2011). En este sentido se contrasta la hipótesis de si un determinado constructo está conformado por las dimensiones que lo definen. La estructura factorial es considerada como estadísticamente válida para explicar las respuestas obtenidas en un instrumento cualquiera, si esta estructura coincide con el *Modelo Teórico* considerado como hipotético de ésta, se tendrá un proceso robusto que legitima su validez (Anderson & Gerbing, 1988; Boomsma, 2000; Pérez-Gil et al., 2000).

Especificación del modelo

Se ha partido de un *Modelo Teórico* inicial, fundamentado en un estudio cualitativo previo utilizando la Teoría Fundamentada para conceptualizar la satisfacción en relación a los cuidados enfermeros satisfactorios desde la perspectiva del paciente crítico (Romero et al., 2013).

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se ha llevado a cabo siguiendo la estructura del *Modelo Teórico* descrito en el apartado de metodología, configurado por 4 *Factores* y 49 ítems (Figura 4).

Figura 4. Especificación del Modelo con 4 factores y 49 ítems



Evaluación del ajuste de modelo

Para evaluar el ajuste del modelo planteado en el AFC se utilizaron los indicadores de ajuste absoluto, incremental y parsimonia (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999):

- **Índices de ajuste absoluto.** Determinan el grado en que un modelo predice, a partir de los parámetros estimados, la matriz de covarianzas observada. En este estudio se utilizó el índice de *GFI* (*Goodness of Fit Index*) y el *RMSE* (*Root Mean Standard Error*).
El índice de GFI mide la cantidad de varianza y covarianza relativa que explica el modelo propuesto siendo capaz de reproducir los datos de la muestra determinando el grado en el que el modelo predice, a partir de los parámetros estimados (Jöreskog & Sörbom, 1993). Su valor oscila entre 0 y 1, considerando valores apropiados los próximos a 0.90. El índice *RMSE* mide la discrepancia entre la matriz de covarianzas estimada y observada. Su valor oscila entre 0 y 0.05 considerando apropiados los valores cuando el índice se haya entre 0.05 y 0.08 (Hair et al., 1999).
- **Índices de ajuste incremental.** Comparan el ajuste global del modelo propuesto con el modelo nulo en el que no se especifica ninguna relación entre las variables. Los índices utilizados fueron el índice *AGFI* (*Adjusted Goodness of Fit Index*) (Jöreskog & Sörbom, 1993) y los índices *BBNFI* (*Bentler Bonnet Normed Fit Index*) y *BBNNFI* (*Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*). Estos índices presentan valores que oscilan entre 0 (ajuste nulo del modelo a los datos) y 1 (ajuste perfecto) considerándose adecuados los próximos a 0.90 (Hair et al., 1999).
- **Índices de parsimonia.** Relacionan el ajuste alcanzado con el número de parámetros libres del modelo. En este estudio se utilizó el cociente entre Chi-cuadrado y los grados de libertad (χ^2/gf), donde un modelo considerado perfecto tendría un valor de 1.00 y las ratios por

debajo de 2,00 se considerarán como indicadores de un muy buen ajuste del modelo, mientras que valores por debajo de 5,00 son considerados como aceptables (Hu & Bentler, 1999).

Conviene señalar que el tamaño de la muestra, el método de estimación, y la distribución de los datos, entre otros, pueden afectar el cálculo de los índices anteriormente descritos, aconsejando el cálculo de varios de ellos para llegar a un acuerdo generalizado entre ellos. La siguiente tabla indica de una manera resumida la interpretación de los índices de ajuste.

Tabla 7. Interpretación de los índices de ajuste

Índices de Ajuste	
GFI	Su valor oscila entre 0 y 1; recomendables valores superiores a 0.90
RMSE	Valores inferiores a 0.05 indican un buen ajuste
AGFI, BBNFI, BBNNFI	Su valor oscila entre 0 y 1; recomendables superiores a 0.90
χ^2	Para un $1-\alpha = 0.95$, una probabilidad de χ^2 superior a 0.05 indicará un buen ajuste
χ^2/gl	Ratio por debajo de 2,00 indican muy buen ajuste, por debajo de 5,00 aceptables

GFI: Goodness of Fit Index, RMSE: Root Mean Standard Error, AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index, BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index, BBNNFI: Bentler Bonnet Non Normed Fit Index, χ^2 : Chi-cuadrado, gl: grados de libertad.

Validez de criterio

La **validez de criterio** fue de difícil aplicación debido a la falta de un método de referencia para comparar la puntuación obtenida con el instrumento. Aún así, se comparó la validez de criterio correlacionando las puntuaciones de la NICSS con las de la escala CECSS (*Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*) (Davis & Bush, 1995) validada en español por Cuñado, Bernardo, Rial, Marco y García (2002) en el contexto de urgencias y tres ítems criterio que evaluaban constructos similares respecto a la satisfacción global, la intención de ser cuidado de nuevo en la misma unidad si fuera necesario, y las expectativas satisfechas. Para ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r), esperándose un grado de correlación de Pearson moderado-elevado ($> 0,5$) en aquellas dimensiones que medían un

constructo parecido y una correlación de Pearson nula-baja ($<0,3$) en aquellas dimensiones que evaluaban un constructo distinto.

3.7.5. Análisis del nivel de satisfacción

El análisis de los niveles de satisfacción se llevó a cabo mediante estadísticos descriptivos, de tendencia central y de dispersión. Se calcularon los niveles de satisfacción de forma global y por factores. Así mismo, se calcularon los valores descriptivos de cada uno de los ítems que configuran la escala, distribuidos por factores, y categorizados en tres categorías: poco satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho. Se presentó en una tabla que incluyó la frecuencia, el porcentaje, la media y la desviación estándar (DE).

3.7.6. Análisis de la relación entre la satisfacción del paciente y variables sociodemográficas y clínicas.

Para analizar la relación entre los niveles de satisfacción del paciente y las variables sociodemográficas y clínicas se realizó un análisis bivalente. Se comparó la puntuación media de la escala total y de los cuatro factores según grupos de edad, sexo, relación de pareja, personas a su cargo, nivel de estudios, situación laboral, ingresos previos en la UCI, la duración de la estancia, la percepción del estado de salud y la percepción del grado de recuperación. Se utilizó el test no paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para comparar dos grupos independientes y el test no paramétrico de *Kruskal Wallis* para comparar más de dos grupos independientes. Por último, para comparar la puntuación media de la *NICSS* con la percepción del grado de recuperación y la percepción del estado de salud se realizó mediante el test de correlación de *Spearman*.

El paquete estadístico que se utilizó para realizar el tratamiento de los datos y su análisis estadístico fue el R versión 3.1.2 para Windows y el EQS versión 6.1 para el análisis factorial confirmatorio. La significación estadística se fijó a un nivel de probabilidad $p < 0,05$.

3.7.7. Análisis de contenido de las preguntas abiertas

Para el análisis correspondiente a las respuestas de las 3 preguntas abiertas del cuestionario que recogieron aspectos importantes para los pacientes críticos en relación a la satisfacción con los cuidados enfermeros que no hubieran sido contemplados en la *N/CSS* y que desearan puntualizar se realizó un análisis de contenido según las pautas sugeridas por Miles y Huberman (1994).

3.8. Aspectos éticos

Se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los sujetos, y de los datos recogidos. Respecto a la ética del proceso de participación, los sujetos de forma voluntaria accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado (Anexo 11), previa descripción por escrito de toda la información relacionada con el estudio y con sus objetivos.

El estudio contó con la autorización de la Directora de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de la institución (Anexo 12). Así mismo, obtuvo la valoración favorable de la Comisión Académica del Programa de Doctorat en Ciències Infermeres de l'Escola Universitaria d'Infermeria de la Universitat de Barcelona (Anexo 13).

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados del estudio que contempla los resultados preliminares de la validación de contenido, una descripción de la muestra de estudio y de los ítems de la *NICSS*, así como los resultados de los análisis de fiabilidad y validez del cuestionario. Finalmente se presenta la relación entre la satisfacción del paciente y las variables sociodemográficas y clínicas, así como los resultados de las preguntas abiertas del cuestionario.

4.1. Resultados preliminares

En este apartado se muestran los resultados de la validación de contenido.

En primer lugar, se detallan las características sociodemográficas y clínicas de la muestra y los resultados del análisis de contenido. En relación a las *variables sociodemográficas*, el 56.7% (n=17) de los pacientes-expertos fueron hombres, con una edad media de 58.43 años ± 10.83 (mín. 39-máx. 84). El 40% (n=12) tenían estudios universitarios y un 53.3% (n=16) estaban casados y tenían una situación laboral activa. De las *variables clínicas* recogidas, la estancia media en UCI de los pacientes-expertos fue de 6 días ± 2.68 (mín. 2-máx. 13), con una media de horas de ventilación mecánica de 19.29 horas ± 32.75 (mín. 3-máx. 130), y con una media de horas de ventilación no invasiva de 52 ± 53.24 (mín. 5-máx. 108). En cuanto al diagnóstico de ingreso el 70% (n=21) presentaban patología cardiológica, frente a un 30%(n=9) que englobaba patología respiratoria, infecciosa, digestiva, politraumática y neurológica. La procedencia de los participantes fue en un 43.3%(n=13) de quirófano de cardiaca o hemodinámica, un 40%(n=12) de urgencias o semicríticos y un 16.7%(n=5) de otras salas de hospitalización. Finalmente, comentar que ninguno de los participantes del estudio de validación de contenido estuvo con medidas de aislamiento en UCI ni posteriormente en la sala de hospitalización y que el 60%(n=18) de los participantes no había tenido ingresos previos en UCI.

En segundo lugar, en los resultados de la *validación de contenido* se identificaron 41 ítems repetidos (50%), 21 ítems incomprensibles (25.6 %) y 3 ítems difíciles de contestar (3.7 %). Además, 3 de los ítems (3.7%)

describían dos variables dentro de la misma afirmación. El 86.66% de los pacientes-expertos pensaron que era un cuestionario fácil de rellenar y a un 73.33% no se les hizo pesado o largo completarlo. El 70% (n=21) afirmó que los ítems representaban la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos en UCI y tardaron una media de 28.3 minutos en completarlo. El 46.66% (n=14) de los pacientes prefirieron la primera opción de respuesta, que detallaba cualitativamente las opciones de respuesta, frente al 36.66% (n=11) que prefirieron la segunda opción que sólo contemplaba el valor máximo y el mínimo. Las dos opciones de respuesta se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 8. Opciones de respuesta

Opción 1:						Opción 2:					
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finalmente, tras los resultados obtenidos en el análisis del estudio de validación de contenido y diferentes reuniones de consenso con el equipo investigador y el asesor experto en cuestionarios se redactó la versión definitiva de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)*. De los 82 ítems iniciales de la primera versión del cuestionario se pasó a 49 ítems en la versión definitiva de la *NICSS*. La eliminación del 40.2%(n=33) de los ítems iniciales de la primera versión responde a la generación de ítems a partir de un mismo código, redactados de formas diferentes con significados similares, con el fin de que fueran los propios pacientes quienes decidieran los ítems que más se adecuaban desde su propia experiencia.

4.2. Descripción de la muestra de estudio

En este apartado se describen las principales características socio-demográficas y clínicas de la muestra. Se incluyeron en el estudio una muestra de 200 pacientes que habían permanecido ingresados en la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Tal y como se puede observar en la Tabla 9, la media de edad fue de 65.9 años (DE 13.4 años), siendo el 66%(n=132) hombres. Un 56%(n=111) estaban casados en el momento de realizar el estudio. La situación laboral mostró que el 19,0%(n=38) trabajaban y que un 78.5%(n=157) no tenían personas a su cargo. En relación al nivel de estudios, un 63%(n=126) tenía estudios primarios o secundarios y un 18.5%(n=37) estudios universitarios.

Tabla 9 Características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=200).

		n (%)
Edad	Media (DE)	65.9 (13.4)
Sexo	Hombre	132 (66.0%)
	Mujer	68 (34.0%)
Situación laboral	En paro	8 (4.0%)
	Trabajando	38 (19.0%)
	Pre/jubilado	8 (4.0%)
	Invalidez/Pensionista	112 (56.0%)
	Otros	27 (13.5%)
	Missing	7 (3.5%)
Personas a cargo	No	157 (78.5%)
	Sí	43 (21.5%)
	Niños	34 (78%)
	Personas discapacitadas	5 (11%)
	Personas de edad avanzada	5 (11%)
Nivel de estudios	Sin Estudios	36 (18.0%)
	Primaria	55 (27.5%)
	Secundaria	71 (35.5%)
	Universidad	37 (18.5%)
	Missing	1 (0.5%)
Estado Civil	Casado/a	111 (56%)
	Vive en pareja	8 (4%)
	Soltero/a	29 (15%)
	Separado/a	6 (3%)
	Divorciado/a	12 (6%)
	Viudo/a	32 (16%)

DE: desviación estándar

En relación a las características clínicas, mostradas en la Tabla 10, en un 59.5% (n=119) de los casos se trataba de su primer ingreso en UCI. La estancia media fue de 5.3 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 30 días. Un 25% estuvo 2 o menos días ingresado en UCI y otro 25% que estuvo 6 o más días. En una escala de 0 a 10, la percepción del estado de salud media de los pacientes fue de 6.3 (DE 1.8) y la percepción del grado de recuperación media de los pacientes fue de 6.6 (DE 1.9), ambas percepciones fueron medidas en el momento de la entrevista.

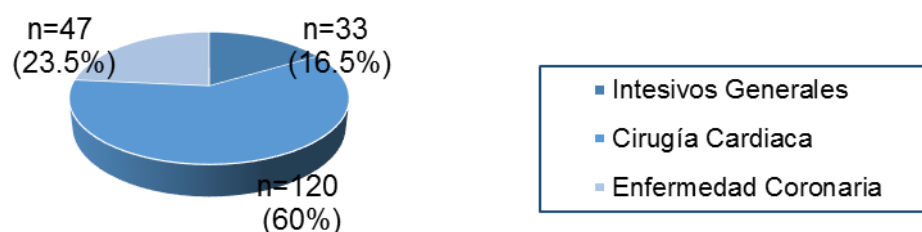
Tabla 10. Características clínicas de la muestra de estudio (n=200).

		n (%)
Días en UCI	Media (DE)	5.3 (4.9)
	Mediana (RIC)	4.0 (2.0-6.0)
Ingresado antes en UCI	No	119 (59.5%)
	Sí	81 (40.5%)
Estado Salud	Media (DE)	6.3 (1.8)
Grado Recuperación	Media (DE)	6.6 (1.9)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico

En cuanto al diagnóstico de ingreso el 83.5% (n=167) presentaban patología cardiológica, frente a un 16.5% (n=33) que englobaba patología respiratoria, infecciosa, digestiva, politraumática y neurológica (Gráfico 1).

Gráfico 1. Causa o enfermedad de ingreso en UCI



4.3. Resultados del análisis de los ítems de la NICSS

La Tabla 11 muestra los resultados del análisis de los 49 ítems de la *NICSS*. Se ofrecen los valores de tendencia central, frecuencia, porcentaje, media y varianza, así como la correlación ítem-total para cada uno de ellos.

Se aprecia que los ítems 1, 3, 6, 7, 10, 45 y 47 presentaron un porcentaje de respuesta superior al 90% en alguna de sus categorías de respuesta, y que los ítems 3, 7, 10, 12, 22, 23, 25 y 43 presentaron un nivel de variabilidad o varianza inferior al 10%.

Así mismo, se puede observar en la misma tabla el efecto suelo fue despreciable en todos los factores, mientras que el efecto techo, donde los sujetos puntúan el valor máximo, fue destacable en todos los factores: *Factor 1: Cuidado holístico* (43%), *Factor 2: Formas de comunicación* (66%), *Factor 3: Comportamientos profesionales* (41%) y *Factor 4: Consecuencias* (55%). Además, todos los ítems de los diferentes factores –exceptuando el ítem 11 del *Factor 3 Comportamientos Profesionales*– presentaron valores superiores al punto de corte habitual de 0,30 (Nunnally & Bernstein, 1994), resultados indicadores de que los diferentes factores o subescalas presentan una adecuada homogeneidad.

Ninguno de los ítems presentó valores extremadamente inadecuados y por ello, y tras el consenso con el equipo investigador se aceptó no eliminar ninguno de los ítems sugeridos.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala *NICSS*

Contenido de los ítems resumidos	Muy en Desacuerdo n (%)	En Desacuerdo n (%)	Algo en Desacuerdo n (%)		Algo de acuerdo n (%)	De Acuerdo n (%)	Muy de Acuerdo n (%)	Media (DE)	Varianza	Correlación ítem-total
Factor 1: Cuidado Holístico										
Ítem 6. Procurado que no tuviera dolor	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)		2 (1.0%)	11 (5.5%)	185 (92.5%)	5.89 (0.50)	0.253	0.58
Ítem 7. Administra. la medicación puntual	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)		1 (0.5%)	17 (8.5%)	181 (90.5%)	5.89 (0.42)	0.173	0.56
Ítem 8. Escuchado	1 (0.5%)	1 (0.5%)	4 (2.0%)		5 (2.5%)	17 (8.5%)	172 (86.0%)	5.76 (0.72)	0.515	0.71
Ítem 12. Dado cuidados continuados	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		3 (1.5%)	19 (9.5%)	178 (89.0%)	5.88 (0.37)	0.140	0.51
Ítem 14. Han estado pendientes de mi	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		11 (5.5%)	27 (13.5%)	161 (80.5%)	5.73 (0.64)	0.409	0.67
Ítem 15. Procurado mantenerme limpio	2 (1.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)		1 (0.5%)	19 (9.5%)	177 (88.5%)	5.83 (0.65)	0.416	0.43
Ítem 16. Respetado mi sueño y descanso	3 (1.5%)	4 (2.0%)	4 (2.0%)		13 (6.5%)	20 (10.0%)	156 (78.0%)	5.56 (1.02)	1.042	0.33
Ítem 17. Han curado bien mis heridas	4 (2.0%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)		1 (0.5%)	17 (8.5%)	175 (87.5%)	5.75 (0.87)	0.751	0.38
Ítem 18. Movido cuando lo necesitaba	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (1.0%)		3 (1.5%)	18 (9.0%)	175 (87.5%)	5.8 (0.67)	0.452	0.77
Ítem 19. Preocupado estuviera confortable	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		6 (3.0%)	15 (7.5%)	177 (88.5%)	5.82 (0.64)	0.413	0.78
Ítem 21. Mantenido relación de confianza	4 (2.0%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)		13 (6.5%)	28 (14.0%)	153 (76.5%)	5.6 (0.93)	0.865	0.52
Ítem 22. Estado atenta a mis necesidades.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		5 (2.5%)	19 (9.5%)	176 (88.0%)	5.86 (0.42)	0.175	0.70
Ítem 23. Mostrado paciencia en cuidados	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)		7 (3.5%)	15 (7.5%)	177 (88.5%)	5.84 (0.49)	0.236	0.61
Ítem 24. Sabido ponerse en mi lugar	4 (2.0%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)		15 (7.5%)	32 (16.0%)	146 (73.0%)	5.54 (0.96)	0.923	0.64
Ítem 27. Dado apoyo emocional.	2 (1.0%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)		11 (5.5%)	24 (12.0%)	159 (79.5%)	5.65 (0.87)	0.753	0.59
Ítem 29. Sensibles a mi sufrimiento.	3 (1.5%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)		15 (7.5%)	27 (13.5%)	151 (75.5%)	5.57 (0.95)	0.910	0.62
Ítem 32. Me han cuidado con cariño	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		6 (3.0%)	15 (7.5%)	178 (89.0%)	5.84 (0.54)	0.296	0.71
Ítem 34. Atendido con tacto/sensibilidad	0 (0.0%)	1 (0.5%)	3 (1.5%)		3 (1.5%)	20 (10.0%)	173 (86.5%)	5.81 (0.58)	0.339	0.67
Ítem 36. Mantenido un trato cercano	3 (1.5%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)		10 (5.0%)	19 (9.5%)	164 (82.0%)	5.66 (0.90)	0.808	0.74
Ítem 37. Me han cuidado individual	3 (1.5%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)		10 (5.0%)	19 (9.5%)	164 (82.0%)	5.66 (0.79)	0.631	0.51
Factor 2: Formas de Comunicación										
Ítem 1. Se han presentado	0 (0.0%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)		4 (2.0%)	14 (7.0%)	180 (90.0%)	5.86 (0.50)	0.255	0.38
Ítem 20. Explicado lo que iban a hacer.	3 (1.5%)	4 (2.0%)	3 (1.5%)		7 (3.5%)	16 (8.0%)	167 (83.5%)	5.65 (0.97)	0.932	0.48
Ítem 25. Han contestado preguntas.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		5 (2.5%)	20 (10.0%)	175 (87.5%)	5.85 (0.42)	0.178	0.53
Ítem 26. Han trabajado con una sonrisa.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)		10 (5.0%)	19 (9.5%)	170 (85.0%)	5.79 (0.55)	0.297	0.51
Ítem 30. Mirado cuando entraban	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		5 (2.5%)	20 (10.0%)	174 (87.0%)	5.83 (0.54)	0.296	0.45
Ítem 33. Favorecido que me comunicara	1 (0.5%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)		8 (4.0%)	24 (12.0%)	164 (82.0%)	5.72 (0.73)	0.534	0.55

NICSS: Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale

DE: Desviación Estándar

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala *N/CSS* (Continuación)

Contenido de los ítems resumidos	Muy en Desacuerdo n (%)	En Desacuerdo n (%)	Algo en Desacuerdo n (%)	Algo de Acuerdo n (%)	De Acuerdo n (%)	Muy de Acuerdo n (%)	Media (DE)	Varianza	Correlación ítem-factor
Factor 3: Comportamientos profesionales									
Ítem 2. Han acudido con rapidez	3 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (2.5%)	13 (6.5%)	179 (89.5%)	5.81 (0.71)	0.506	0.56
Ítem 3. Demostrado habilidad técnica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (3.5%)	11 (5.5%)	182 (91.0%)	5.88 (0.42)	0.180	0.39
Ítem 4. Saben lo que tienen que hacer	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (4.5%)	19 (9.5%)	171 (85.5%)	5.79 (0.60)	0.358	0.58
Ítem 5. Han tenido una actitud profesional	0 (0.0%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	7 (3.5%)	19 (9.5%)	171 (85.5%)	5.79 (0.60)	0.361	0.59
Ítem 9. Han sabido lo que hacer	0 (0.0%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	8 (4.0%)	22 (11.0%)	167 (83.5%)	5.76 (0.62)	0.384	0.45
Ítem 10. Han trabajado en equipo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)	13 (6.5%)	183 (91.5%)	5.89 (0.43)	0.183	0.40
Ítem 11. Resuelven problemas	13 (6.5%)	15 (7.5%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)	29 (14.5%)	139 (69.5%)	5.18 (1.56)	2.440	0.28
Ítem 13. Demuestran que les gusta trabajo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	8 (4.0%)	19 (9.5%)	172 (86.0%)	5.81 (0.52)	0.265	0.51
Ítem 28. Anticipan los cuidados	5 (2.5%)	7 (3.5%)	3 (1.5%)	18 (9.0%)	26 (13.0%)	141 (70.5%)	5.38 (1.20)	1.433	0.42
Ítem 31. Me han dado un trato humano	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (2.5%)	15 (7.5%)	179 (89.5%)	5.85 (0.53)	0.279	0.59
Ítem 35. Cuidados me ayudan a recuperar	1 (0.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	10 (5.0%)	28 (14.0%)	159 (79.5%)	5.7 (0.71)	0.503	0.48
Factor 4: Consecuencias									
Ítem 38. Optimista	3 (1.5%)	3 (1.5%)	3 (1.5%)	14 (7.0%)	20 (10.0%)	157 (78.5%)	5.58 (0.98)	0.958	0.59
Ítem 39. Tranquilo	2 (1.0%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	10 (5.0%)	22 (11.0%)	162 (81.0%)	5.67(0.86)	0.736	0.68
Ítem 40. Que contaban con mi opinión	6 (3.0%)	6 (3.0%)	2 (1.0%)	15 (7.5%)	27 (13.5%)	146 (73.0%)	5.47 (1.11)	1.225	0.64
Ítem 41. Bien	2 (1.0%)	2 (1.0%)	0 (0.0%)	8 (4.0%)	18 (9.0%)	170 (85.0%)	5.74 (0.77)	0.595	0.66
Ítem 42. En manos de la enfermera	3 (1.5%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	3 (1.5%)	23 (11.5%)	168 (84.0%)	5.73 (0.80)	0.650	0.43
Ítem 43. Cuidado por enfermera eficientes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (2.5%)	18 (9.0%)	177 (88.5%)	5.86 (0.41)	0.171	0.61
Ítem 44. Como un número, un objeto.	171 (85.5%)	9 (4.5%)	4 (2.0%)	9 (4.5%)	3 (1.5%)	4 (2.0%)	5.62 (1.06)	1.131	0.52
Ítem 45. Agradecido	2 (1.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	14 (7.0%)	182 (91.0%)	5.85 (0.63)	0.399	0.40
Ítem 46. Físicamente seguro	1 (0.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	24 (12.0%)	171 (85.5%)	5.80 (0.61)	0.372	0.44
Ítem 47. Con ganas de seguir viviendo	1 (0.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	4 (2.0%)	13 (6.5%)	180 (90.0%)	5.84 (0.61)	0.370	0.33
Ítem 48. Solo	169 (84.5%)	16 (8.0%)	3 (1.5%)	7 (3.5%)	2 (1.0%)	3 (1.5%)	5.67 (0.94)	0.886	0.50
Ítem 49. Desatendido	178 (89.0%)	11 (5.5%)	4 (2.0%)	3 (1.5%)	0 (0.0%)	4 (2.0%)	5.76 (0.85)	0.716	0.52

NICSS: Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale

DE: Desviación Estándar

4.4. Resultados del análisis de la fiabilidad

4.4.1. Resultados del análisis consistencia interna

El coeficiente de consistencia interna de *alpha* de *Cronbach* para el total de la escala *NICSS* fue de 0.95 y para todos los factores mayor de 0.7 (extremos: 0.70 – 0.91) tal y como se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12. Coeficiente de consistencia interna de los factores

	<i>Alpha de Chronbach</i>
<i>Factor 1: Cuidado Holístico</i>	0.91
<i>Factor 2: Formas de Comunicación</i>	0.70
<i>Factor 3: Comportamientos Profesionales</i>	0.72
<i>Factor 4: Consecuencias</i>	0.84
<i>NICSS ESCALA TOTAL</i>	0.95

NICSS: Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale

Así mismo, el coeficiente de consistencia interna *alpha* de *Cronbach* para cada uno de los ítems, se recoge en la Tabla 13 observándose que el 73.5%(n=36) presentaron una consistencia interna mayor de 0.7 (extremos 0.62- 0.92).

Tabla 13. Coeficiente de consistencia interna de la NICSS

Contenido de los ítems resumidos	Subescala Total	Alpha de Chronbach
Factor 1: Cuidado holístico	0.91	
Ítem 6. Procurado que no tuviera dolor		0.91
Ítem 7. Administrado la medicación		0.91
Ítem 8. Escuchado		0.91
Ítem 12. Dado cuidados continuados		0.91
Ítem 14. Han estado pendientes de mí		0.91
Ítem 15. Procurado mantenerme limpio		0.91
Ítem 16. Respetado mi sueño y descanso		0.92
Ítem 17. Han curado bien mis heridas		0.92
Ítem 18. Movido cuando lo necesitaba		0.91
Ítem 19. Preocupado estuviera confortable		0.91
Ítem 21. Mantenido relación de confianza		0.91
Ítem 22. Estado atenta a mis necesidades		0.91
Ítem 23. Mostrado paciencia en cuidados		0.91
Ítem 24. Sabido ponerse en mi lugar		0.91
Ítem 27. Dado apoyo emocional		0.91
Ítem 29. Sensibles a mi sufrimiento.		0.91
Ítem 32. Me han cuidado con cariño		0.91
Ítem 34. Atendido con tacto/sensibilidad		0.91
Ítem 36. Mantenido un trato cercano		0.91
Ítem 37. Me han cuidado individual		0.91
Factor 2: Formas de Comunicación	0.70	
Ítem 1. Se han presentado		0.69
Ítem 20. Explicado lo que iban a hacer		0.69
Ítem 25. Han contestado preguntas		0.66
Ítem 26. Han trabajado con una sonrisa		0.64
Ítem 30. Mirado cuando entraban en la habitación		0.68
Ítem 33. Favorecido que me comunicara		0.62
Factor 3: Comportamientos Profesionales	0.72	
Ítem 2. Han acudido con rapidez		0.68
Ítem 3. Demostrado habilidad técnica		0.71
Ítem 4. Saben lo que tienen que hacer		0.68
Ítem 5. Han tenido una actitud profesional		0.68
Ítem 9. Han sabido lo que tienen que hacer		0.69
Ítem 10. Han trabajado en equipo		0.71
Ítem 11. Resuelven problemas		0.79
Ítem 13. Demuestran que les gusta trabajo		0.69
Ítem 28. Anticipan los cuidados		0.71
Ítem 31. Me han dado un trato humano		0.68
Ítem 35. Cuidados me ayudan a recuperarme		0.68
Factor 4: Consecuencias	0.85	
Ítem 38. Optimista		0.83
Ítem 39. Tranquilo		0.82
Ítem 40. Que contaban con mi opinión		0.83
Ítem 41. Bien		0.83
Ítem 42. "manos de la enfermera"		0.84
Ítem 43. Cuidado por enfermeras eficientes		0.84
Ítem 44. Como un número, un objeto		0.84
Ítem 45. Agradecido		0.84
Ítem 46. Físicamente seguro		0.84
Ítem 47. Con ganas de seguir viviendo		0.85
Ítem 48. Solo		0.84
Ítem 49. Desatendido		0.84
ESCALA TOTAL NICSS	0.95	

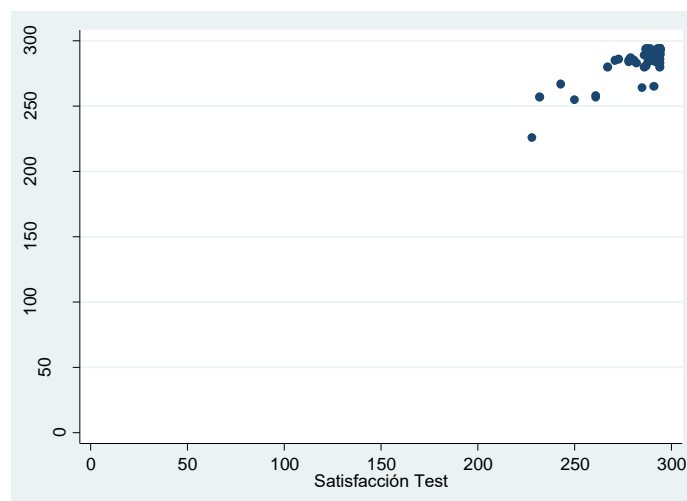
NICSS. Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale

4.4.2. Resultados del análisis test-retest o estabilidad temporal

De los 200 pacientes que participaron en el estudio, 136(68%) no cumplimentaron de nuevo el cuestionario *NICSS*. Los principales motivos fueron el alta hospitalaria, o la no voluntad de seguir participando en el estudio. Finalmente, el análisis test-retest se llevó a cabo en el 32%(n=64) de la muestra con un intervalo de >48 horas entre la primera cumplimentación y la segunda.

El coeficiente de correlación de *Spearman* entre las dos mediciones de la *NICSS* fue de 0.67 para la escala global (Gráfico 2).

Gráfico 2. Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas *NICSS*



Posteriormente se calculó el Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) de la escala total y para cada una de las dimensiones.

El CCI total fue de 0.83 lo que indica una buena concordancia para la escala total. La diferencia de media de la puntuación en el test y en el retest fue estadística y clínicamente no significativa, y en 3 de los 4 factores el CCI fue >0.7 (extremos: 0.48-0.72), lo que señala una concordancia aceptable en el Factor 1, Factor 3 y Factor 4 correspondientes al Cuidado holístico, Comportamientos profesionales y Consecuencias y débil en el Factor 2: Formas de comunicación (Tabla 14).

Tabla 14. Análisis test-retest de los factores del cuestionario de satisfacción

	Ítems	N	Test		Re-test			
			Media	DE	Media	DE	p-valor	CCI
Factor 1: Cuidado Holístico	20	64	116.7	4.9	116.4	6.8	0.5167	0.69
Factor 2: Formas de Comunicación	6	64	35.2	1.5	35.01	2.7	0.4220	0.48
Factor 3: Comportamientos Profesionales	11	64	63.7	3.4	63.8	3.2	0.4326	0.71
Factor 4: Consecuencias	12	64	69.9	4.4	70	4.1	0.4807	0.72
ESCALA TOTAL NICSS	49	64	285.2	12.6	285.2	14.7	0.4120	0.83

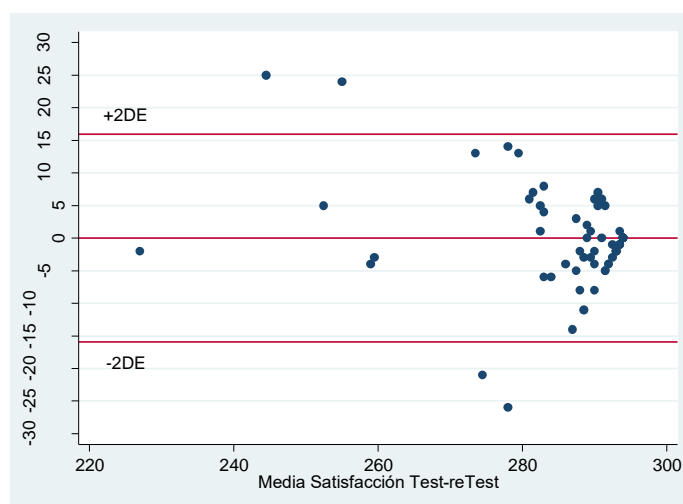
p-valor: Wilcoxon signed rank sum test para datos pareados

CCI: Coeficiente de correlación intraclase

NICSS Nursing Intensive Care Satisfaction Scale

La diferencia individual entre las dos medidas de la NICSS fue de 0.0313 y una desviación estándar de la diferencia de 7.958. En el método de Bland y Altman, se realizó primero una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones de ambas escalas *NICSS* en relación con su media (Gráfico 3). Se observa que la mayoría de las diferencias se situaron aproximadamente entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia.

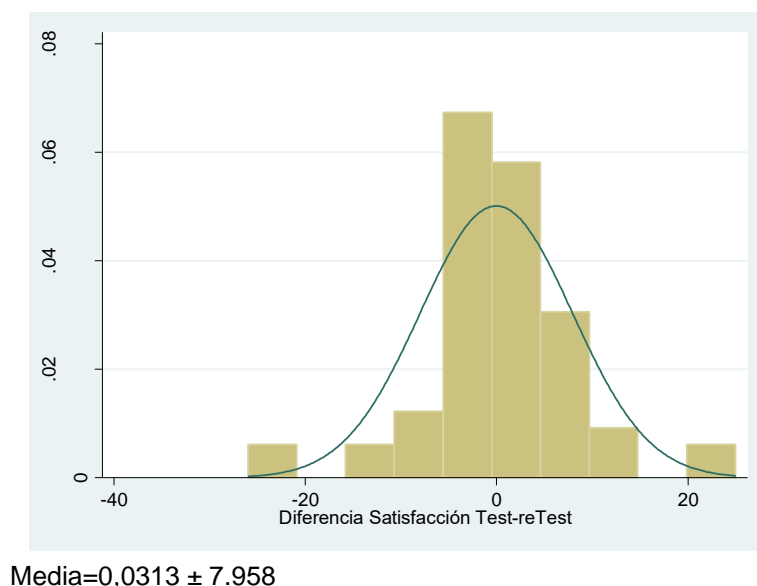
Gráfico 3. Media de la puntuación test-retest versus diferencia entre puntuaciones test-retest (*Bland–Altman*)



En el gráfico que representa el histograma de las diferencias entre las dos medidas (Gráfico 4) se observa que, aunque la segunda medida de la escala *NICSS* presenta valores muy ligeramente superiores, prácticamente las

diferencias son homogéneas, ajustándose la mayoría de todas ellas a los límites de concordancia (7.9267–7.9893), con una tendencia a la estabilidad.

Gráfico 4. Histograma de la diferencia entre la puntuación de las dos medidas de la NICSS



4.5. Resultados del análisis de la validez

4.5.1. Resultados del análisis de la validez de constructo: análisis factorial confirmatorio

Tal y como se ha indicado en el apartado de análisis de datos, la estructura factorial del constructo satisfacción y de las dimensiones formuladas se estudió mediante un análisis factorial confirmatorio en el que se planteó un modelo de 4 factores.

Estimación de parámetros

La estructura factorial se analizó mediante el método de mínimos cuadrados. Los resultados muestran que todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a 0.3, a excepción del ítem 11. Así mismo, todos los ítems mostraron saturaciones estadísticamente significativas, excepto el ítem 6 (Tabla 15).

4. Resultados

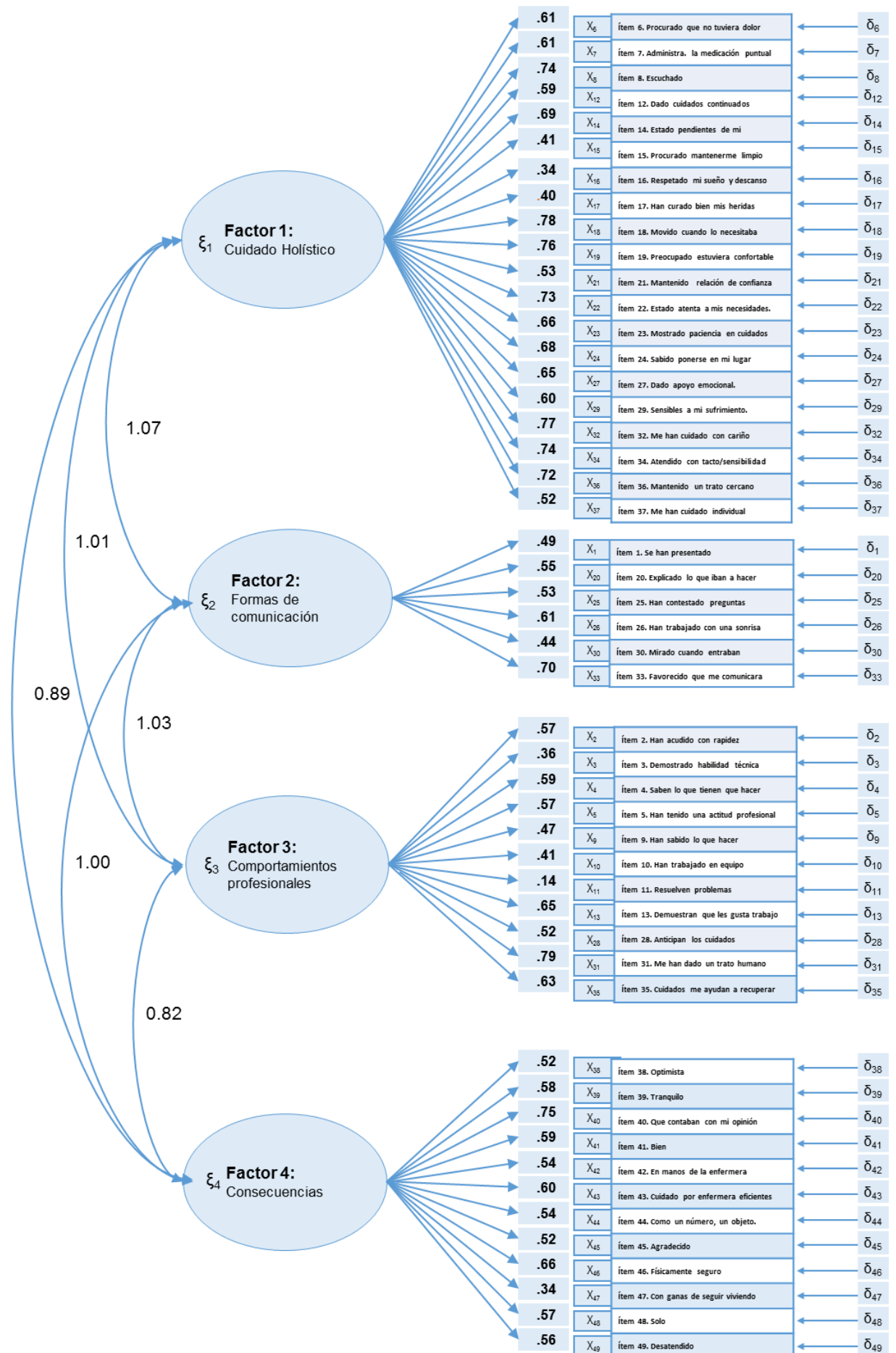
Tabla 15. Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})

ITEMS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
Ítem 1. Se han presentado		.490*		
Ítem 2. Han acudido con rapidez			.570*	
Ítem 3. Demostrado habilidad técnica			.368*	
Ítem 4. Saben lo que tienen que hacer			.594*	
Ítem 5. Han tenido una actitud profesional			.570*	
Ítem 6. Procurado que no tuviera dolor	.617			
Ítem 7. Administrado. la medicación puntual	.613*			
Ítem 8. Escuchado	.743*			
Ítem 9. Han sabido lo que tienen que hacer			.470*	
Ítem 10. Han trabajado en equipo			.411*	
Ítem 11. Resuelven problemas			.147*	
Ítem 12. Dado cuidados continuados	.596*			
Ítem 13. Demuestran que les gusta trabajo			.657*	
Ítem 14. Estado pendientes de mi	.692*			
Ítem 15. Procurado mantenerme limpio	.413*			
Ítem 16. Respetado mi sueño y descanso	.341*			
Ítem 17. Han curado bien mis heridas	.408*			
Ítem 18. Movido cuando lo necesitaba	.785*			
Ítem 19. Preocupado estuviera confortable	.766*			
Ítem 20. Explicado lo que iban a hacer.		.551*		
Ítem 21. Mantenido relación de confianza	.533*			
Ítem 22. Estado atenta a mis necesidades.	.736*			
Ítem 23. Mostrado paciencia en cuidados	.661*			
Ítem 24. Sabido ponerse en mi lugar	.680*			
Ítem 25. Han contestado preguntas.		.535*		
Ítem 26. Han trabajado con una sonrisa.		.612*		
Ítem 27. Dado apoyo emocional.	.654*			
Ítem 28. Anticipan los cuidados			.520*	
Ítem 29. Sensibles a mi sufrimiento.	.609*			
Ítem 30. Mirado cuando entraban en la hab.		.449*		
Ítem 31. Me han dado un trato humano			.794*	
Ítem 32. Me han cuidado con cariño	.777*			
Ítem 33. Favorecido que me comunicara		.705*		
Ítem 34. Atendido con tacto/sensibilidad	.743*			
Ítem 35. Cuidados me ayudan a recuperarme			.637*	
Ítem 36. Mantenido un trato cercano	.721*			
Ítem 37. Me han cuidado individual	.523*			
Ítem 38. Optimista				.525*
Ítem 39. Tranquilo				.587*
Ítem 40. Que contaban con mi opinión				.755*
Ítem 41. Bien				.592*
Ítem 42. "manos de la enfermera"				.542*
Ítem 43. Cuidado por enfermeras eficientes				.606*
Ítem 44. Como un número, un objeto.				.549*
Ítem 45. Agradecido				.524*
Ítem 46. Físicamente seguro				.660*
Ítem 47. Con ganas de seguir viviendo				.345*
Ítem 48. Solo				.577*
Ítem 49. Desatendido				.567*

* $p < .05$

Por lo que respecta a las correlaciones entre los factores, la Figura 6 muestra que todos presentaron unas correlaciones elevadas con el resto de factores.

Figura 5. Parámetros estandarizados del modelo



Tomando en consideración que lo óptimo serían correlaciones entre +1 y -1, el factor *F4: Consecuencias* es el que correlaciona de forma óptima con todos los factores (0.82 con el factor *F3*, 1.00 con el *F2* y 0.89 con el *F1*). Los factores *F1*, *F2* y *F3* mostraron correlaciones entre ellos ligeramente superiores, aunque muy cercanas a 1.

Bondad de ajuste del modelo

La prueba de Chi-cuadrado (χ^2) fue estadísticamente significativa y la razón de ajuste fue de 4.53 considerada como aceptable (Hu & Bentler, 1999). El *GFI* se considera bueno y el *RMSE* de 0.070 como apropiado al encontrarse entre 0.05 y 0.08 (Hair et al., 1999). De la misma manera, los índices de ajuste incremental presentaron valores cercanos a 0.9. La Tabla 16 muestra los índices de bondad de ajuste absoluto, incremental y de parsimonia de la *NICSS*.

Tabla 16. Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio

Medidas de ajuste de Parsimonia				Medidas de Ajuste Absoluto		Medidas de ajuste incremental		
gl	χ^2	P valor del χ^2	χ^2 / gl	<i>GFI</i>	<i>RMSE</i>	<i>AGFI</i>	<i>BBNNFI</i>	<i>BBNFI</i>
1121	5080,055	p=.000	4.53	0.929	0.07	0.923	0.813	0.720

gl: grado de libertad, χ^2 : Chi-cuadrado, *GFI*: Goodness of Fit Index, *RMSE*: Root Mean Standard Error, *AGFI*: Adjusted Goodnes of Fit Index, *BBNNFI*: Bentler Bonnet Non Normed Fit Index, *BBNFI*: Bentler Bonnet Normed Fit Index.

4.5.2. Resultados del análisis de la validez de criterio

Para este análisis se calculó la correlación de *Pearson* con su intervalo de confianza del 95% entre la escala *NICSS* y la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* validada al español, administrados ambos en el primer contacto. Además, se calculó la correlación con los 3 ítems criterio que evalúan constructos similares respecto a la satisfacción global (ítem_50), la intención de ser cuidado de nuevo en la misma unidad si fuera necesario (ítem_51), y las Expectativas satisfechas (ítem_52).

La siguiente tabla muestra la matriz multirrasgo-multimétodo donde se presentan las correlaciones de los distintos factores de la *N/CSS* con la escala *CECSS* y los ítems criterio sobre satisfacción global, intención de ser cuidado de nuevo en el mismo servicio y expectativas satisfechas, incluidos en el cuestionario de preguntas generales de satisfacción. Como se puede observar en la tabla, los cuatro factores de la *N/CSS* presentaron una correlación moderada o elevada con la mayoría de cuestiones planteadas (extremos: 0.42-0.68) excepto con las expectativas satisfechas (extremos: 0.00-0.06).

Tabla 17. Matriz de correlaciones (Pearson) multirrasgo-multimétodo

	CECSS	Ítem 50: Satisfacción global	Ítem 51: Intención de volver	Ítem 52: Expectativas satisfechas
	Correlación IC 95%	Correlación IC 95%	Correlación IC 95%	Correlación IC 95%
Factor 1: Cuidado Holístico	0.68 [0.60-0.75]	0.68 [0.60-0.75]	0.51 [0.40-0.60]	0.04 [0.0-0.18]
Factor 2: Formas de Comunicación	0.69 [0.61-0.75]	0.62 [0.52-0.70]	0.46 [0.35-0.57]	0.00 [0.0-0.14]
Factor 3: Comportamientos Profesionales	0.57 [0.47-0.66]	0.62 [0.53-0.70]	0.48 [0.36-0.58]	0.06 [0.0-0.20]
Factor 4: Consecuencias	0.65 [0.56-0.72]	0.52 [0.41-0.62]	0.42 [0.29-0.52]	0.0 [0.0-0.08]

CECSS: Consumer Emergency Care Satisfaction Scale

IC: Intervalo de Confianza

4.6. Niveles de satisfacción del paciente crítico

La media de la puntuación total de la *N/CSS* en los 200 pacientes fue de 280.99 (DE 20.22), siendo el valor mínimo obtenido de 152 y el valor máximo de 294 (Tabla 18).

Tabla 18. Descripción de la puntuación total de satisfacción

	Mediana	Media	DE	Varianza	Asimetría	Curtosis	Min.	Max.
Factor 1: Cuidado holístico	118.50	114.90	8.97	80.48	-3.24	14.51	54,00	120,00
Factor 2: Formas de comunicación	36.00	34.69	2.45	6.00	-2.51	7.98	20,00	36,00
Factor 3: Comportamientos profesionales	65.00	62.82	4.47	19.99	-2.51	10.26	33,00	66,00
Factor 4: Consecuencias	72.00	68.57	6.06	3676	-2.20	4.69	41,00	72,00
Puntuación total NICSS	289.00	280.99	20.22	409.04	-2.84	10.87	152,00	294,00

DE: Desviación estándar

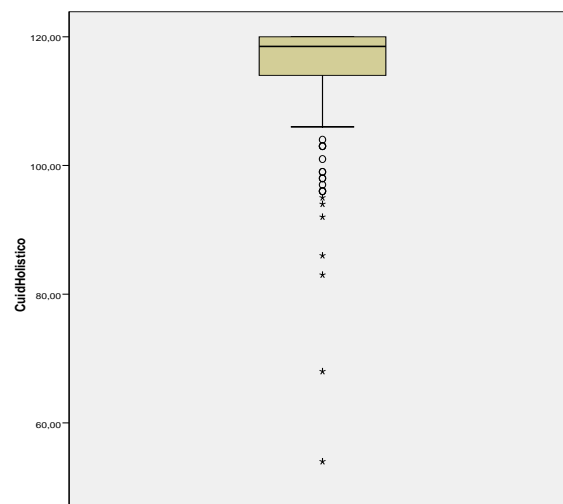
Min: Minimum

Max: Maximun

NICSS Nursing Intensive Care Satisfaction Scale

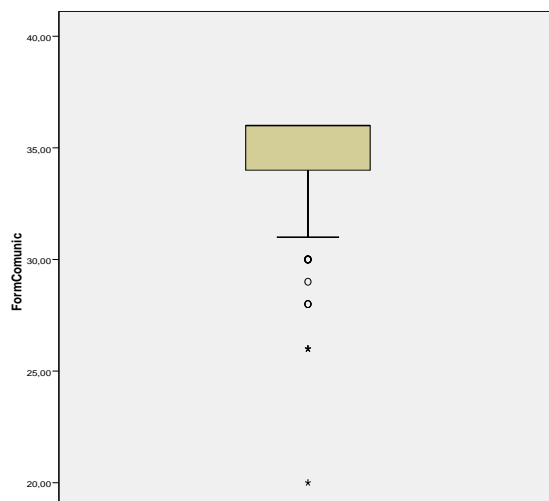
En los siguientes gráficos de cajas se muestran los valores máximos y mínimos de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente para cada uno de los factores de la *NICSS* y para la escala total (Gráficos de 5 a 8). Los valores máximos y mínimos en relación a cada uno de los factores y a la escala total son los siguientes:

En relación al *Factor 1: Cuidado Holístico* se observa un mínimo de 54 y un máximo de 120 (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de las puntuaciones del Factor 1: Cuidado Holístico

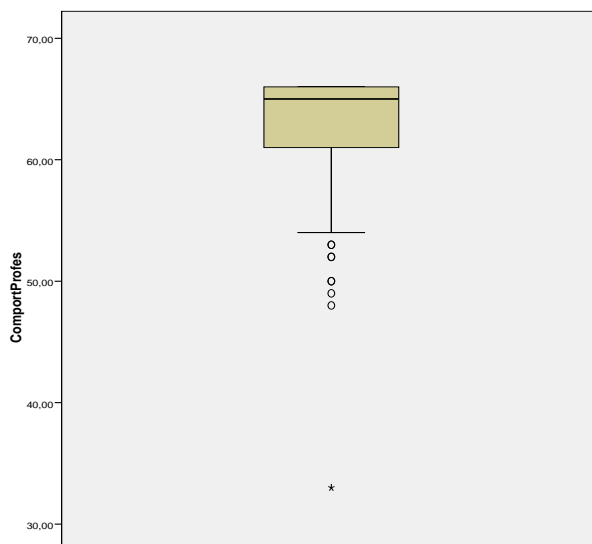
En relación al *Factor 2: Formas de Comunicación* con un valor mínimo de 20 y máximo de 36 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de las puntuaciones del Factor 2: *Formas de Comunicación*



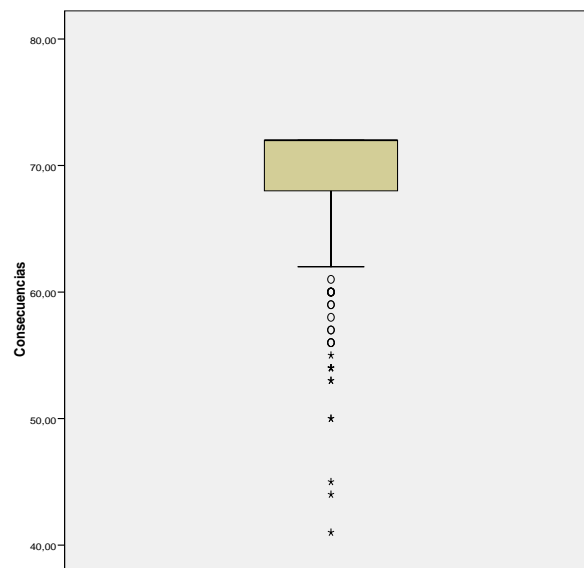
En relación al *Factor 3: Comportamientos profesionales* se puede observar un valor mínimo de 33 y un valor máximo de 66 en el siguiente gráfico.

Gráfico 7. Distribución de las puntuaciones del Factor 3: *Comportamientos Profesionales*



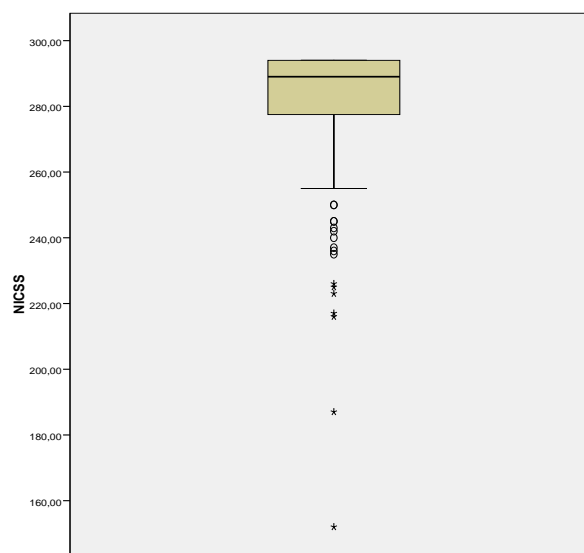
En relación al *Factor 4: Consecuencias* se observa un mínimo de 41 y un máximo de 72 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Gráfico de caja para la distribución de las puntuaciones del Factor 4:
Consecuencias



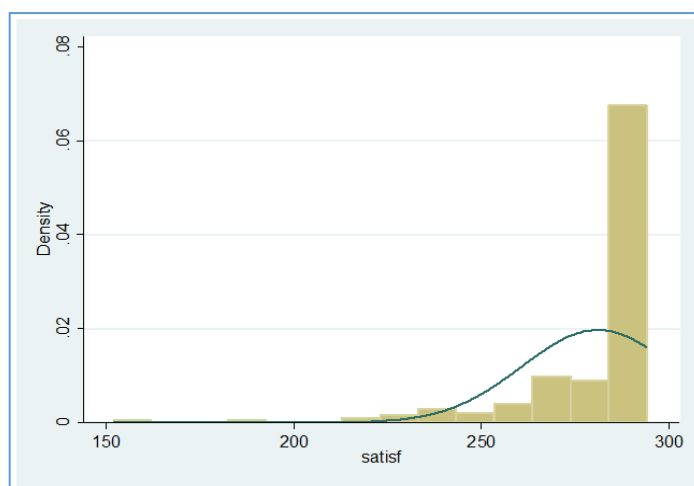
El último gráfico muestra la puntuación total de la *NICSS* con un valor mínimo de 152 y un máximo de 294.

Gráfico 9. Gráfico de caja para la distribución de las puntuaciones de la *NICSS*



Así mismo, en el Gráfico 10 se representa su histograma de frecuencias de los niveles de satisfacción global de la *NICSS* observándose que la distribución es leptocúrtica con una asimetría negativa.

Gráfico 10. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la *NICSS*



Finalmente, se presentan los resultados sobre niveles de satisfacción obtenidos en cada uno de los ítems de la *NICSS*, agrupados en tres categorías: poco satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho (Tabla 19).

Tabla 19. Niveles de satisfacción en cada uno de los ítems de la *N/CSS* según categorías de respuesta.

Contenido de los ítems resumidos	Poco satisfecho n (%)	Bastante satisfecho n (%)	Muy satisfecho n (%)	Media (DE)
F1_Cuidado holístico				114.9 (8.97)
Ítem 6. Procurado que no tuviera dolor	1 (0.5%)	3 (1.5%)	196 (98.0%)	5.89 (0.50)
Ítem 7. Administra. la medicación puntual	1 (0.5%)	1 (0.5%)	198 (99.0%)	5.89 (0.42)
Ítem 8. Escuchado	2 (1.0%)	9 (4.5%)	189 (94.5%)	5.76 (0.72)
Ítem 12. Dado cuidados continuados	0 (0.0%)	3 (1.5%)	197 (98.5%)	5.88 (0.37)
Ítem 14. Han estado pendientes de mi	1 (0.5%)	11 (5.5%)	188 (94.0%)	5.73 (0.64)
Ítem 15. Procurado mantenerme limpio	3 (1.5%)	1 (0.5%)	196 (98.0%)	5.83 (0.65)
Ítem 16. Respetado mi sueño y descanso	7 (3.5%)	17 (8.5%)	176 (88.0%)	5.56 (1.02)
Ítem 17. Han curado bien mis heridas	6 (3.0%)	2 (1.0%)	192 (96.0%)	5.75 (0.87)
Ítem 18. Movido cuando lo necesitaba	2 (1.0%)	5 (2.5%)	193 (96.5%)	5.8 (0.67)
Ítem 19. Preocupado estuviera confortable	2 (1.0%)	6 (3.0%)	192 (96.0%)	5.82 (0.64)
Ítem 21. Mantenido relación de confianza	5 (2.5%)	14 (7.0%)	181 (90.5%)	5.6 (0.93)
Ítem 22. Estado atenta a mis necesidades.	0 (0.0%)	5 (2.5%)	195 (97.5%)	5.86 (0.42)
Ítem 23. Mostrado paciencia en cuidados	0 (0.0%)	8 (4.0%)	192 (96.0%)	5.84 (0.49)
Ítem 24. Sabido ponerse en mi lugar	2 (1.0%)	17 (8.5%)	178 (89.0%)	5.54 (0.96)
Ítem 27. Dado apoyo emocional.	5 (2.5%)	12 (6.0%)	183 (91.5%)	5.65 (0.87)
Ítem 29. Sensibles a mi sufrimiento.	6 (3.0%)	16 (8.0%)	178 (89.0%)	5.57 (0.95)
Ítem 32. Me han cuidado con cariño	1 (0.5%)	6 (3.0%)	193 (96.5%)	5.84 (0.54)
Ítem 34. Atendido con tacto/sensibilidad	1 (0.5%)	6 (3.0%)	193 (96.5%)	5.81 (0.58)
Ítem 36. Mantenido un trato cercano	5 (2.5%)	12 (6.0%)	183 (91.5%)	5.66 (0.90)
Ítem 37. Me han cuidado individual	5 (2.5%)	12 (6.0%)	183 (91.5%)	5.66 (0.79)
F2_Formas de Comunicación				34.69 (2.45)
Ítem 1. Se han presentado	1 (0.5%)	5 (2.5%)	194 (97.0%)	5.86 (0.50)
Ítem 20. Explicado lo que iban a hacer.	7 (3.5%)	10 (5.0%)	183 (91.5%)	5.65 (0.97)
Ítem 25. Han contestado preguntas.	0 (0.0%)	5 (2.5%)	195 (97.5%)	5.85 (0.42)
Ítem 26. Han trabajado con una sonrisa.	0 (0.0%)	11 (5.5%)	189 (94.5%)	5.79 (0.55)
Ítem 30. Mirado cuando entraban	1 (0.5%)	5 (2.5%)	194 (97.0%)	5.83 (0.54)
Ítem 33. Favorecido que me comunicara	3 (1.5%)	9 (4.5%)	188 (94.0%)	5.72 (0.73)
F3_Comportamientos profesionales				62.82 (4.47)
Ítem 2. Han acudido con rapidez	3 (1.5%)	5 (2.5%)	192 (96.0%)	5.81 (0.71)
Ítem 3. Demostrado habilidad técnica	0 (0.0%)	7 (3.5%)	193 (96.5%)	5.88 (0.42)
Ítem 4. Saben lo que tienen que hacer	0 (0.0%)	9 (4.5%)	190 (95.0%)	5.79 (0.60)
Ítem 5. Han tenido una actitud profesional	1 (0.5%)	9 (4.5%)	190 (95.0%)	5.79 (0.60)
Ítem 9. Han sabido lo que hacer	1 (0.5%)	10 (5.0%)	189 (94.5%)	5.76 (0.62)
Ítem 10. Han trabajado en equipo	0 (0.0%)	4 (2.0%)	196 (98.0%)	5.89 (0.43)
Ítem 11. Resuelven problemas	28 (14.0%)	4 (2.0%)	168 (84.0%)	5.18 (1.56)
Ítem 13. Demuestran que les gusta trabajo	0 (0.0%)	9 (4.5%)	191 (95.5%)	5.81 (0.52)
Ítem 28. Anticipan los cuidados	12 (6.0%)	21 (10.5%)	167 (83.5%)	5.38 (1.20)
Ítem 31. Me han dado un trato humano	1 (0.5%)	5 (2.5%)	194 (97.0%)	5.85 (0.53)
Ítem 35. Cuidados me ayudan a recuperar	2 (1.0%)	11 (5.5%)	187 (93.5%)	5.7 (0.71)
F4_Consecuencias				68.57 (6.06)
Ítem 38. Optimista	6 (3.0%)	17 (8.5%)	177 (88.5%)	5.58 (0.98)
Ítem 39. Tranquilo	5 (2.5%)	11 (5.5%)	184 (92.0%)	5.67 (0.86)
Ítem 40. Que contaban con mi opinión	12 (6.0%)	17 (8.5%)	173 (86.5%)	5.47 (1.11)
Ítem 41. Bien	4 (2.0%)	8 (4.0%)	188 (94.0%)	5.74 (0.77)
Ítem 42. En manos de la enfermera	4 (2.0%)	5 (2.5%)	191 (85.5%)	5.73 (0.80)
Ítem 43. Cuidado por enfermera eficientes	0 (0.0%)	5 (2.5%)	195 (97.5%)	5.86 (0.41)
Ítem 44. Como un número, un objeto.	180 (90.0%)	13 (6.5%)	7 (3.5%)	5.62 (1.06)
Ítem 45. Agradecido	3 (1.5%)	1 (0.5%)	196 (98.0%)	5.85 (0.63)
Ítem 46. Físicamente seguro	2 (1.0%)	3 (1.5%)	195 (97.5%)	5.80 (0.61)
Ítem 47. Con ganas de seguir viviendo	2 (1.0%)	5 (2.5%)	193 (96.5%)	5.84 (0.61)
Ítem 48. Solo	185 (92.5%)	10 (5.0%)	5 (2.5%)	5.67 (0.94)
Ítem 49. Desatendido	189 (94.5%)	7 (3.5%)	4 (2.0%)	5.76 (0.85)

Los ítems mejor valorados incluidos en el *F1 (Cuidado Holístico)*, son el control del dolor y la administración puntual de la medicación, recibir cuidados enfermeros con cariño y paciencia, de una manera continuada y atención a sus necesidades manteniéndole limpio y aseado. En relación al *Factor 2 las Formas de Comunicación*, puntúan muy alto que la enfermera se haya presentado, haya contestado a sus preguntas y les miraran cuando entraban a la habitación. En relación al *Factor 3: Comportamientos Profesionales* valoran el trabajo en equipo, la habilidad técnica de la enfermera, la rapidez con que le han atendido y el trato humano recibido como los ítems con los que muestran mayor satisfacción. Finalmente, en relación al *Factor 4: Consecuencias* de recibir cuidados enfermeros, detallan el sentirse cuidado por enfermeras eficientes, sentirse físicamente seguro, agradecimiento y tener ganas de seguir viviendo.

Del análisis de aquellos ítems que han sido menos valorados se señala el ítem 24 del *Factor 1: Cuidado Holístico*, que hace referencia a la empatía que muestra la enfermera que le proporciona los cuidados, el ítem 20 del *Factor 2: Formas de Comunicación* que revela si las enfermeras explican los cuidados antes de realizarlos, el ítem 11 del *Factor 3: Comportamientos Profesionales* relacionado con el juicio clínico expresado como la resolución de los problemas que habían tenido con la evolución de la enfermedad y el tratamiento; y finalmente en el *Factor 4: Consecuencias* el ítem 40 relacionado con la vivencia de que se tenía en cuenta la opinión de los pacientes.

Detallando el nivel de satisfacción obtenido en cada uno de los factores también se observa un nivel de satisfacción muy elevado en cada uno de ellos, siendo el *Factor 3* el que obtiene una puntuación levemente inferior. (*Comportamientos Profesionales*).

4.7. Relación entre la satisfacción del paciente y variables sociodemográficas y clínicas

En este apartado se muestran los resultados obtenidos al relacionar las puntuaciones medias de satisfacción global de la *NICSS* y por factores con las diferentes variables sociodemográficas y clínicas recogidas en el estudio.

En la Tabla 20 se presentan las puntuaciones medias de satisfacción según grupos de sexo, edad, estado civil, personas a cargo, nivel de estudios, situación laboral, ingresos previos en una UCI y su estancia en días, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas en la media de puntuación en ninguna de las variables analizadas.

Tabla 20. Relación entre el nivel de satisfacción global y variables sociodemográficas y clínicas

NICSS		n	Media	DE	p-valor
Sexo	Hombres	132	281.39	21.21	0.281
	Mujeres	68	280.23	18.29	
Edad	<45 años	17	275.76	22.76	0.512
	45-65 años	61	282.40	17.52	
	≥65 años	122	282.01	21.14	
Estado civil	Casado/Pareja	119	282.95	17.36	0.239
	Otras situaciones	81	277.86	23.89	
Personas a su cargo	Sin personas a cargo	157	280.72	21.00	0.649
	Con personas a cargo	43	282.00	17.27	
Nivel de estudios	Sin Estudios	36	287.30	9.95	0.124
	Estudios primarios	55	276.87	27.00	
	Estudios secundarios	71	282.43	16.79	
	Estudios superiores	37	278.00	21.00	
Situación laboral	En paro	8	275.12	25.98	0.780
	Trabajando	38	283.71	16.18	
	Pre/jubiado	8	284.25	13.47	
	Invalidez/Pensionista	128	280.98	21.24	
	Otros	11	280.82	20.23	
UCI	Con ingresos previos	81	279.37	22.35	0.185
	Sin ingresos previos	119	282.10	18.65	
Días en UCI	≤48h	56	277.07	26.61	0.387
	48h-1 semana	99	282.03	27.66	
	≥1 semana	45	283.60	15.52	

NICSS: Nursing Intensive Care Satisfaction Scale

D.E.: Desviación estándar

En la Tabla 21 se presentan las puntuaciones medias del *Factor 1: Cuidado Holístico* según grupos de sexo, edad, estado civil, personas a cargo, nivel de estudios, situación laboral, ingresos previos en una UCI y su estancia en días, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas en la media de puntuación en ninguna de las variables analizadas.

Tabla 21. Relación entre el nivel de satisfacción en el *Factor 1* y variables sociodemográficas y clínicas

FACTOR 1: CUIDADO HOLÍSTICO		N	Media	DE	p-valor
Sexo	Hombres	132	114.92	9.51	0.431
	Mujeres	68	114.87	7.87	
Edad	<45 años	17	113.11	8.79	0.459
	45-65 años	61	115.67	7.10	
	≥65 años	122	114.77	9.81	
Estado civil	Casado/Pareja	119	115.48	8.00	0.554
	Otras situaciones	81	113.94	10.32	
Personas a su cargo	Sin personas a cargo	157	114.74	9.99	0.883
	Con personas a cargo	43	115.51	6.79	
Nivel de estudios	Sin Estudios	36	117.36	5.18	0.268
	Estudios primarios	55	113.31	12.51	
	Estudios secundarios	71	115.41	7.10	
	Estudios superiores	37	113.86	8.61	
Situación laboral	En paro	8	113.12	8.84	0.800
	Trabajando	38	116.08	6.80	
	Pre/jubilado	8	116.87	6.56	
	Invalidez/Pensionista	128	114.97	9.64	
	Otros	11	114.97	8.13	
UCI	Antes ingresos en UCI Sí	81	114.27	10.00	0.190
	Antes ingresos en UCI No	119	115.34	8.21	
Días en UCI	≤48h	56	112.78	12.47	0.242
	48h-1 semana	99	115.42	7.61	
	≥1 semana	45	116.40	5.68	

D.E.: Desviación estándar

La siguiente tabla se presentan las puntuaciones medias del Factor 2: Formas de Comunicación según grupos de sexo, edad, estado civil, personas a cargo, nivel de estudios, situación laboral, ingresos previos en una UCI y su estancia en días, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas en la media de puntuación en ninguna de las variables analizadas (Tabla 22).

Tabla 22. Relación entre el nivel de satisfacción en el *Factor 2* y variables sociodemográficas y clínicas

FACTOR 2: FORMAS DE COMUNICACION					
		N	Media	DE	p-valor
Sexo	Hombres	132	34.71	2.53	0.715
	Mujeres	68	34.65	2.30	
Edad	<45 años	17	33.70	2.82	0.141
	45-65 años	61	34.87	2.19	
	≥65 años	122	34.71	2.50	
Estado civil	Casado/Pareja	119	34.85	2.16	0.307
	Otras situaciones	81	34.40	2.85	
Personas a su cargo	Sin personas a cargo	157	34.70	8.57	0.794
	Con personas a cargo	43	34.65	7.05	
Nivel de estudios	Sin Estudios	36	35.44	1.29	0.145
	Estudios primarios	55	34.40	3.14	
	Estudios secundarios	71	34.79	2.14	
	Estudios superiores	37	34.16	2.61	
Situación laboral	En paro	8	34.25	2.96	0.971
	Trabajando	38	34.84	2.19	
	Pre/jubilado	8	35.25	1.49	
	Invalidez/Pensionista	128	34.74	2.47	
	Otros	11	34.64	2.69	
UCI	Antes ingresos en UCI Sí	81	34.42	2.84	0.268
	Antes ingresos en UCI No	119	34.87	2.13	
Días en UCI	≤48h	56	34.27	3.19	0.396
	48h-1 semana	99	34.81	2.05	
	≥1 semana	45	34.95	2.16	

D.E.: Desviación estándar

Finalmente, las Tablas 23 y 24 muestran las puntuaciones medias para los *Factores 3 y 4 (Comportamientos Profesionales y Consecuencias)* según grupos de sexo, edad, estado civil, personas a cargo, nivel de estudios, situación laboral, ingresos previos en una UCI y su estancia en días, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas en la media de puntuación en ninguna de las variables analizadas

Tabla 23. Relación entre el nivel de satisfacción en el *Factor 3* y variables sociodemográficas y clínicas

FACTOR 3: COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES		N	Media	DE	p-valor
Sexo	Hombres	132	62.94	4.69	0.332
	Mujeres	68	62.60	4.04	
Edad	<45 años	17	61.29	5.30	0.377
	45-65 años	61	63.18	3.81	
	≥65 años	122	62.86	4.64	
Estado civil	Casado/Pareja	119	63.47	3.62	0.063
	Otras situaciones	81	61.87	5.44	
Personas a su cargo	Sin personas a cargo	157	62.69	4.55	0.210
	Con personas a cargo	43	63.32	4.16	
Nivel de estudios	Sin Estudios	36	63.55	3.40	0.208
	Estudios primarios	55	61.74	5.91	
	Estudios secundarios	71	63.35	3.85	
	Estudios superiores	37	62.68	3.90	
Situación laboral	En paro	8	61.75	5.67	0.863
	Trabajando	38	63.37	3.37	
	Pre/jubilado	8	64.14	2.47	
	Invalidez/Pensionista	128	62.80	4.70	
	Otros	11	62.27	4.56	
UCI	Antes ingresos en UCI Sí	81	62.32	5.18	0.244
	Antes ingresos en UCI No	119	94.03	3.90	
Días en UCI	≤48h	56	62.00	5.79	0.513
	48h-1 semana	99	63.11	3.82	
	≥1 semana	45	63.22	3.86	

D.E.: Desviación estándar

Tabla 24. Relación entre el nivel de satisfacción en el *Factor 4* y variables sociodemográficas y clínicas

FACTOR 4: CONSECUENCIAS		N	Media	DE	p-valor
Sexo	Hombres	132	68.81	6.02	0.296
	Mujeres	68	68.12	6.16	
Edad	<45 años	17	61.29	5.30	0.930
	45-65 años	61	63.18	3.81	
	≥65 años	122	62.86	4.64	
Estado civil	Casado/Pareja	119	69.14	5.10	0.316
	Otras situaciones	81	67.64	7.27	
Personas a su cargo	Sin personas a cargo	157	68.59	6.19	0.713
	Con personas a cargo	43	68.51	5.62	
Nivel de estudios	Sin Estudios	36	70.94	2.32	0.049
	Estudios primarios	55	67.42	7.46	
	Estudios secundarios	71	68.89	5.07	
	Estudios superiores	37	67.29	7.39	
Situación laboral	En paro	8	66.00	8.94	0.768
	Trabajando	38	69.42	4.82	
	Pre/jubilado	8	68.00	6.23	
	Invalidez/Pensionista	128	68.66	6.25	
	Otros	11	68.00	6.28	
UCI	Antes ingresos en UCI Sí	81	68.35	5.78	0.213
	Antes ingresos en UCI No	119	68.72	6.27	
Días en UCI	≤48h	56	68.02	6.92	0.706
	48h-1 semana	99	68.69	5.89	
	≥1 semana	45	69.02	5.32	

D.E.: Desviación estándar

Las variables clínicas que se recogieron en el estudio referidas al grado de recuperación percibido por el paciente y al nivel del estado de salud percibido por el paciente han sido analizadas mediante la correlación de *Spearman* y, por tanto, se presentan en tablas separadas a las anteriores.

La relación entre los niveles de satisfacción, global y por factores, y las variables relacionadas con el grado de recuperación percibido y el nivel del estado de salud percibido por el paciente se muestran en la Tabla 25. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción de los factores *F2* y *F3* en ninguna de las dos variables. Sin embargo, sí que se observaron diferencias estadísticamente significativas en la relación entre:

- La puntuación media del nivel de satisfacción global de la *NICSS* con el grado de recuperación ($\rho=0.18$, $p=0.0099$).
- La puntuación media del nivel de satisfacción del *Factor 1: Cuidado Holístico* con el grado de recuperación ($\rho=0.213$, $p=0.002$) y con el estado de salud ($\rho=0.150$, $p=0.034$).
- La puntuación media del nivel de satisfacción del *Factor 4: Consecuencias* con el estado de salud ($\rho=0.004$, $p=0.045$)

Tabla 25. Puntuación de grado de recuperación, estado de salud y correlación con la satisfacción

NICSS TOTAL	N	Media	DE	Spearman	p-valor
Grado de recuperación	200	6.33	1.81	0.18	0.0099*
Estado de salud	200	6.58	1.92	0.14	0.0569
Factor 1. Cuidado holístico					
Grado de recuperación	200	6.33	1.81	0.213	0.002*
Estado de salud	200	6.58	1.92	0.150	0.034*
Factor 2. Formas de comunicación					
Grado de recuperación	200	6.33	1.81	0.190	0.107
Estado de salud	200	6.58	1.92	0.007	0.131
Factor 3. Comportamientos profesionales					
Grado de recuperación	200	6.33	1.81	0.099	0.102
Estado de salud	200	6.58	1.92	0.162	0.152
Factor 4. Consecuencias					
Grado de recuperación	200	6.33	1.81	0.203	0.142
Estado de salud	200	6.58	1.92	0.004	0.045*

D.E.: Desviación estándar

* $p < .05$

NICSS Nursing Intensive Care Satisfaction Scale

En este sentido, los pacientes que percibieron un mayor grado de recuperación son los que puntuaron niveles de satisfacción global más elevados. De la misma manera, aquellos pacientes que percibieron un mayor nivel de recuperación y un mayor estado de salud puntuaron niveles de satisfacción más elevados en el *Factor 1* y en el *Factor 4* que corresponden al *Cuidado Holístico* y a las *Consecuencias* respectivamente.

Finalmente, se analizaron la relación entre las puntuaciones medias de la satisfacción global de la *NICSS* con los ítems criterios (ítem 50_satisfacción global, ítem 51_intención de volver a ser cuidado e ítems 52_ expectativas satisfechas) puntuados por los pacientes (Muy de acuerdo versus el resto de valoraciones) apreciándose diferencias estadísticamente significativas en las correlaciones entre los ítems 50 y 51 (Tabla 26).

Así los pacientes que estaban muy de acuerdo en que se sentían satisfechos con los cuidados enfermeros recibidos presentaron una mayor puntuación de satisfacción global que el resto (tamaño del efecto 3.3 IC95% [2.6-3.9]), de igual manera que los pacientes que estaban muy de acuerdo en que si necesitara ayuda otra vez, desearía que me volvieran a cuidar en esta UCI (tamaño del efecto 2.0 IC95% [1.4-2.5]). Sin embargo, el ítem de expectativas cumplidas no presenta diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 26. Relación entre el nivel de satisfacción global de la *NICSS* en función de los ítems criterio

Ítem	Opción de respuesta	N	Media	DE	p-valor
50_Satisfacción global	Otras	13	232.85	28.29	0.0000*
	Muy de acuerdo	187	284.34	14.58	
51_Intención de volver a ser cuidado	Otras	18	249.50	34.76	0.0000*
	Muy de acuerdo	182	284.11	15.10	
52_Expectativas satisfechas	Otras	90	277.40	23.90	0.0982
	Muy de acuerdo	110	283.94	16.15	

* Wilcoxon-Mann-Whitney test

4.8. Resultados preguntas abiertas

En este apartado se muestra el análisis de contenido (Miles y Huberman, 1994) correspondiente a las respuestas de las 3 preguntas abiertas del cuestionario de preguntas generales que recogieron aspectos importantes para los pacientes críticos en relación a la satisfacción con los cuidados enfermeros que no hubiera contemplado la *NICSS* y que desearan puntualizar (Anexo 7).

La primera pregunta hacía relación a lo que más les había ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI y fue contestada por 75 pacientes (37.5%). El análisis de las respuestas relatadas en el cuestionario permitió señalar códigos que contemplaban las cuatro dimensiones del cuidado enfermero satisfactorio desde la perspectiva del paciente crítico (Romero et al., 2013), reflejando la estructura factorial del modelo en 4 factores, el *Cuidado Holístico*, las *Formas de Comunicación*, los *Comportamientos Profesionales* y las *Consecuencias*.

Por un lado, describieron algunos aspectos de ayuda relacionados con el cuidado a la persona desde un punto de vista holístico incluyendo tanto aspectos físicos como aspectos psicoemocionales y espirituales del cuidado. En primer lugar, los participantes consideraron de ayuda los cuidados que contenían la parte biológica o física, destacando la higiene y la movilización, la atención a las necesidades, el control de dolor, la administración puntual de la medicación y la continuidad de los cuidados. El participante V_122 escribió: “(...) *en todo momento me preguntaban el nivel de dolor y si necesitaba algo más (...)*”, y el V_087 “(...) *los masajes y cuidados del cuerpo (...)*”.

En segundo lugar, los participantes también consideraron de ayuda los cuidados psicoemocionales y espirituales ofrecidos por las enfermeras que recogían aspectos como: dar apoyo y ánimo, la atención cercana, la escucha, y el cariño. El participante V_059 recogió: “(...) *el ánimo moral que me daban cada día (...)*”, y el V_145 subrayó: “(...) *que han estado muy cercanas en todo momento (...)*”. Otro participante escribió: “(...) *el cariño que me dieron, son ángeles y siempre me escucharon cuando me sentía mal (...)*” [V_033].

De la misma manera detallan que les resulta de ayuda los aspectos de las formas de comunicación tanto verbal como no verbal. Los pacientes describieron cuando la enfermera le ofrecía explicaciones y puntualizaron la sonrisa de la enfermera. El participante V_181 escribió: “(...) *El hecho de que me explicaran lo que me iba a pasar (...)*” y el V_025 recogió: “(...) *la sonrisa con la que trabajaban todas (...)*”. Además, escribieron aspectos relacionados con los comportamientos profesionales de las enfermeras como: la profesionalidad, la rapidez en la atención y el trato humano. El participante V_046 escribió: “(...) *su profesionalidad, eficiencia y humanidad (...)*”, y el V_104: “(...) *el trato humano que recibí, nunca lo olvidaré (...)*”.

Finalmente, describieron aspectos de ayuda relacionados con la dimensión de consecuencias, expresadas a partir de las vivencias y de sentimientos. Los participantes detallaron sentimientos de agradecimiento y de seguridad expresadas por el V_028 como: “(...) *saber que estaba en buenas manos profesionales y humanas (...)*” o por el V_135 que escribió: “(...) *todo en general, sentirme muy cuidado, sin miedo ni inseguro (...)*”.

La siguiente tabla recoge la frecuencia y los porcentajes de los códigos de respuesta esta pregunta.

Tabla 27. Relación de códigos, frecuencias y porcentajes de lo que más les ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI

Códigos	Frecuencias (%)
- Higiene e hidratación	5 (5.6%)
- Atención a las necesidades	2(2.6%)
- Control del dolor	7 (9.3%)
- Administración de medicación	3 (4%)
- Cuidados continuados	4 (5.3%)
- Dar ánimo y apoyo	9 (12%)
- Estar presente y cercana	2 (2.6%)
- Escucha	1 (1.3%)
- Cariño	10(13.3%)
- Ofrecer explicaciones	12 (16%)
- Sonrisa	1 (1.3%)
- Profesionalidad	10 (13.3%)
- Rapidez	2 (2.6%)
- Trato humano	12(16%)
- Sentirse tranquilos y seguros	9 (12%)
- Sentirse agradecido	2 (2.6%)
- Todo en general	7(9.3%)

La segunda pregunta correspondía a lo que menos les había ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI fue contestada por un 10%(20) de la muestra. Esta pregunta fue utilizada por los participantes para remarcar que no había habido nada que no les hubiera ayudado: “(...) *no hay nada a destacar (...)*” [V_006]. Sin embargo, algunos participantes detallaron el ruido de alarmas y el tono elevado con el que trabajan las enfermeras, también describieron el carácter de la enfermera como algo negativo, la tardanza en recibir la atención y la rigidez de los horarios de las visitas. El participante V_131 escribió: “(...) *el ruido de máquinas y del personal (...)*”. Asimismo, el V_074 comentó: “(...) *alguna enfermera con mal genio (...)*”. La tardanza en recibir la atención que necesitaban se relató como: “(...) *la tardanza cuando sentía que me ahogaba (...)*” y echaron de menos un horario de visitas más amplio, el participante V_092 escribió: “(...) *que no dejaran entrar fuera de horas (...)*” (Tabla 28).

Tabla 28. Relación de códigos, frecuencias y porcentajes de lo que menos les ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI.

Códigos	Frecuencias (%)
- Nada, todo perfecto	8(40%)
- Ruidos y alarmas	4(20%)
- Carácter de la enfermera	2(10%)
- Tardanza	2(10%)
- Inmovilidad física	1(5%)
- Rigidez en los horarios de visitas	3(15%)

En último lugar, la tercera pregunta abierta, hacía relación a los comentarios o situaciones concretas que deseaban expresar fue respondida por un 4.5%(9) de la muestra, de éstos el 55.5%(5) destacaron el agradecimiento y la satisfacción general. El resto de los comentarios escritos quedaron incluidos en las respuestas de las preguntas anteriores.

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados obtenidos.

Los resultados de esta investigación han permitido diseñar un cuestionario de satisfacción incorporando la perspectiva del paciente crítico, mostrando que los pacientes críticos presentan índices de satisfacción muy elevados en relación a los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI. Por consiguiente, esta investigación coincide con la mayoría de estudios que muestran que los pacientes expresan un alto nivel de satisfacción, aunque son pocos los estudios que se centran en las unidades de críticos (Krapohl, Manojlovich, Redman & Zang, 2010; Sørli et al. 2006) y que incorporan la perspectiva del paciente.

Además, las muestras utilizadas en otros estudios donde evalúan la satisfacción responden a contextos de atención primaria y a salas de hospitalización postquirúrgicas, oncológicas o servicios de urgencias principalmente, (Cuñado et al., 2002; Davis & Bush, 1995; Johannssen et al., 2011; La Monica et al., 1986; Larsson et al., 1997; Munro et al., 1994; Papanikolaou & Zygiaris, 2012; Rchaida et al., 2011; Regaira et al., 2010; Ríos-Risquez et al. 2013; Sepúlveda et al., 2009). por lo que las vivencias y experiencias de estos pacientes pueden ser diferentes a las vividas por el paciente crítico debido, por un lado, a la percepción de muerte inminente, y por otro, al ambiente hostil y tecnológico que caracteriza a estas unidades.

Por otro lado, disponer de un *Cuestionario de Satisfacción del Paciente Centrado en el Paciente crítico (CSP-CP)* precisa de una metodología mixta, donde lo más destacable, son las contribuciones de los pacientes críticos en las fases iniciales del diseño del instrumento que contempla por un lado la generación de los ítems y por otro la validación de contenido.

En este sentido, y tal como se mostró en el apartado de diseño y construcción inicial de la *NICSS*, la generación de los ítems, se basó principalmente, en las diferentes categorías identificadas dentro de las 4 dimensiones que configuran el *Modelo Teórico* surgido del estudio cualitativo previo (Romero et al., 2013).

Además, se indicó la validez de contenido de este instrumento mediante un panel de pacientes expertos a la hora de juzgar el cuestionario dados de alta de la UCI para comprobar la comprensión, la redacción de los ítems y si el cuestionario contemplaba todos los aspectos de un cuidado enfermero satisfactorio.

Sin embargo, la revisión de la literatura de aquellos instrumentos diseñados en el contexto de UCI, muestra que sólo la *Critical Care Patient Satisfaction Survey* (Megivern et al., 1992) incorporó en cierto grado la perspectiva del paciente crítico. Sin embargo, sólo se ha encontrado la primera publicación del estudio piloto por lo que resulta difícil verificar la validación completa del cuestionario en el contexto del paciente crítico. Además, aunque los autores realizaron entrevistas abiertas sobre la satisfacción con los cuidados enfermeros, el guión de la entrevista estaba basado en los aspectos identificados en la bibliografía sobre la satisfacción del paciente. Asimismo, tampoco se ha encontrado evidencia de la utilización del cuestionario en estudios posteriores.

De la misma manera, en el contexto de cuidados intensivos coronarios, Johannessen et al. (2011), a partir de la versión noruega de la *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)* (Kvåle, 1997) elaboró un nuevo instrumento, el *Intensive Nursing Care Quality Instrument (INCQ)*. Sin embargo, tampoco se ha localizado en la revisión de la literatura el análisis de las propiedades psicométricas de este nuevo instrumento. Resulta así mismo interesante que los autores recogieran la necesidad de incluir métodos de recolección de datos alternativos como las entrevistas en profundidad que permitiera identificar otras dimensiones relacionadas con la satisfacción de los pacientes críticos.

Finalmente, la mayoría de los instrumentos disponibles en la actualidad para evaluar la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros recibidos son probablemente incapaces de medir adecuadamente la satisfacción debido a como se han creado y desarrollado. En general, se basan en modelos teóricos levemente definidos y que evalúan aspectos que resultan importantes y

pertinentes sobretodo para los profesionales o investigadores (Sitzia & Wood, 1997; Trujols et al., 2013), contemplando mayoritariamente aspectos físicos y estructurales de los hospitales. Por este motivo, los datos que de estos instrumentos se recogen pueden ser irrelevantes para los pacientes pudiendo resultar una amenaza a la validez de los datos obtenidos con éstos.

Características psicométricas

Entendiendo la validación de un instrumento como un proceso continuo y dinámico, se muestra la primera evaluación de sus propiedades psicométricas como criterio esencial para comprobar la calidad de su medición. Los resultados de este estudio muestran que la *NICSS* presenta unas propiedades psicométricas buenas. Por un lado, los resultados del análisis de fiabilidad tanto de la consistencia interna, medida por el índice del *alpha de Cronbach*, como de la estabilidad temporal test-retest, medida por el coeficiente de correlación intraclase, son adecuadas. Por otro lado, los resultados del análisis de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio muestran un ajuste aceptable a los 4 factores coherente con el *Modelo Teórico* y una buena validez convergente.

En relación al *coeficiente de consistencia interna*, el *alpha de Cronbach* para el total de la escala *NICSS* fue de 0.95 y para todos los factores superior a 0.7 (extremos 0.7-0.91). Además, el coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada factor obtuvo valores superiores a 0.30 indicadores de que los diferentes factores presentan una adecuada homogeneidad, exceptuando el ítem_11 del *Factor 3: Comportamientos Profesionales* con un valor de 0.28.

Estos resultados pueden ser comparados con los cuestionarios revisados que han presentado un análisis de la consistencia interna en sus investigaciones: la escala *Risser* (Risser, 1975), la *LOPSS 12* (Cabrero, 1994; Cabrero & Richart, 1990), la *CARE-Q* (Larson, 1981), la *SERVQUAL* (Babakus & Mangold, 1992), la *NSNS* (McColl et al., 1996), la *PSNCQQ* (Laschinger et al., 2005) y por último la *CECSS* (Davis et al., 1997). Comparando la *NICSS* con estas escalas, se puede afirmar que la *NICSS* presenta valores similares y en algunos casos

incluso superiores a los aportados para otros instrumentos que tienen un buen reconocimientos psicométrico y clínico. En este sentido:

- La *Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)* o escala *Risser* (Risser, 1975), mostró una fiabilidad entre 0.63 y 0.89. Posteriormente, esta misma escala con otro nombre la *Patient Satisfaction Index (PSI)* obtuvo una fiabilidad entre 0.79 y 0.93 para las tres subescalas (Acevedo et al., 2006; Hinshaw & Atwood, 1981). Estudios más recientes realizan una adaptación cultural de la escala *Risser* (Charalambous & Adamakidou, 2012), mostrando una buena consistencia interna del instrumento donde el *alpha de Cronbach* resultó ser de 0.78 ($p < 0.001$).
- La versión *LOPSS 12* (Cabrero, 1994; Cabrero & Richart, 1990) de *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)* obtuvo un *alpha de Cronbach* de 0.80 para la escala global y de 0.82 para la subescala en formato positivo y de 0.78 para la subescala en formato negativo.
- La *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)* (Larson, 1981), tiene una consistencia interna en diferentes estudios que van des de 0.88 a 0.97. Los estudios más recientes encontrados reportan una fiabilidad 0,92 para la versión china de la CARE-Q y donde la consistencia interna varió entre 0.91 a 0.93 (Chen et al., 2012).
- La escala *Service Quality (SERVQUAL)* adaptada por Babakus y Mangold (1992) presenta una consistencia interna de 0.92 para la escala total, y un coeficiente alfa de 0,89 para las expectativas y de 0,96 para las percepciones. De esta misma escala, adaptada y validada al español, se encuentran diferentes estudios. En primer lugar, utilizando la *SERVQUOS* (Mira et al., 1998) derivada de la *SERVQUAL* muestran una consistencia interna para el total del cuestionario de 0.96 y de 0.95 para la subescala de calidad percibida y de 0.89 para la subescala de calidad objetiva. También analiza la fiabilidad inter-observadores, y los resultados de la prueba de diferencias de medias hallaron diferencias estadísticamente significativas en 4 de los 19 ítems. La fiabilidad de la división por mitades fue del 0.96. En segundo lugar, González et al., (2005) también utilizaron la *SERVQUAL* adaptada al español y reportaron

una buena fiabilidad de la escala total (*alpha de Cronbach*, 0,90), con un rango de 0.67 a 0.81. En tercer lugar, Regaira et al., (2010) presentó una fiabilidad de la escala de 0.93 para las percepciones, de 0.95 para las expectativas y de 0.93 para la diferencia entre percepciones y expectativas. En último lugar, Calixto-Olalde et al. (2011) mostró una fiabilidad de la escala total de 0.74 y de 0.66 para la subescala de expectativas y de 0.76 para la subescala de percepción.

- La *NSNS (Newcastle Satisfaction with Nursing Scale)* (McColl et al., 1996) traducida y validada al idioma castellano y gallego por Alonso et al., (2005) presentó un análisis de fiabilidad esta la versión con un *alpha de Cronbach* de 0.85 para las experiencias del cuidado y de 0.97 para la satisfacción del cuidado. También estudian la fiabilidad a partir de la prueba de las dos mitades y obtienen para las experiencias del cuidado un *alpha de Cronbach* de 0.96 y de 0.94 para la satisfacción del cuidado.

- El *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)* presenta una excelente fiabilidad en dos estudios diferentes con un *alpha de Cronbach* de 0.97 (Laschinger et al., 2005) y de 0.94 (Milutinovic et al., 2012). La *PSNCQQ* modificada por Buchanan et al. (2015) obtiene una fiabilidad también alta, con un *alpha de Cronbach* de 0.91 para la escala global.

- La *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* (Davis et al., 1997) obtiene una alta fiabilidad para cada una de las subescalas, de 0,92 para la subescala de competencia profesional y de 0,87 para la subescala de información. En la validación al español (Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García., 2002; Cuñado, Bernardo, Rial, & García., 2002), la *CECSS* mostró también una alta fiabilidad con un *alpha de Cronbach* 0.88 para la escala total y de 0.88 para la subescala de competencia profesional y de 0.81 para la subescala de información,

En relacion a la *estabilidad temporal*, el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) de la escala total de la *NICSS* fue de 0.83 lo que indica una buena estabilidad temporal, concordancia para la escala total. La diferencia de media de la puntuación en el test y en el retest fue estadística y clínicamente no

significativa, y en 3 de los 4 factores el CCI fue >0.7 (extremos: 0.48-0.72), lo que señala una concordancia aceptable en el *Factor 1*, *Factor 3* y *Factor 4* correspondientes al *Cuidado Holístico*, *Comportamientos Profesionales* y *Consecuencias* de los cuidados, mientras que para el *Factor 2: Formas de Comunicación* presenta una concordancia poco aceptable, y por tanto, requerirá una revisión especial en estudios posteriores. El tiempo utilizado para la segunda pasación fue superior a 48 horas de manera que no pudieran recordar las respuestas de la primera.

Complementariamente, para el análisis de la estabilidad temporal, en el método de Bland y Altman, se observó que la mayoría de las diferencias se situaron aproximadamente entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia. Además, en el histograma de las diferencias entre las medidas prácticamente las diferencias son homogéneas, ajustándose la mayoría de todas ellas a los límites de concordancia. Por tanto, considerando los diferentes análisis test-retest la *NICSS* presenta una buena estabilidad temporal.

De los cuestionarios revisados en la literatura pocos informan de la estabilidad temporal de la escala original, en cambio si se observa en investigaciones recientes. En primer lugar, una adaptación cultural de la escala *Risser* (Charalambous & Adamakidou, 2012) muestra un coeficiente Kappa para la estabilidad temporal de K (IC del 95%: 0.83 a 0.91 $p<0.0001$) =0.89. En segundo lugar, la *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)* en la versión china (Chen et al., 2012) reporta una estabilidad temporal mediante los coeficientes de correlación de Pearson adecuada al oscilar entre 0.83 a 0.92 para las tres subescalas. En tercer lugar, Calixto-Olalde et al. (2011) obtiene para la *Service Quality (SERVQUAL)* una correlación de los ítems de las dos subescalas expectativas y percepciones mediante el coeficiente de correlación de *Spearman*, con un nivel de significancia de $p<0.05$. Finalmente, el *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire PSNCQQ* presentó una estabilidad temporal entre 0.61 y 0.89 (Laschinger et al., 2005).

En cuanto a la *validez de constructo*, el análisis factorial confirmatorio permitió comprobar que la estructura factorial planteada coincide con el *Modelo Teórico*

inicial donde el concepto de satisfacción con los cuidados enfermeros presenta 4 dimensiones (Romero et al., 2013).

El *F4: Consecuencias* es el que correlacionó de forma más óptima con los otros tres factores. En cambio, tal y como se ha mostrado en el apartado de *Resultados*, los factores *F1*, *F2* y *F3* obtuvieron valores ligeramente superiores a 1 entre ellos. Este resultado puede ser explicado, tal y como señalan (Uriel & Aldás-Manzano, 2005) por el tamaño de la muestra y, por tanto, serán necesarios estudios en muestras más amplias para poder reforzar la estructura factorial del Modelo de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico que sustenta la escala *NICSS*. Aunque los resultados iniciales apuntan a una confirmación de la estructura factorial propuesta.

La correlación óptima del *Factor 4: Consecuencias* con los otros factores es un indicador del buen funcionamiento de una de las partes del Modelo Teórico. El *Factor 4* resulta de las vivencias y de los sentimientos percibidos a partir de los cuidados enfermeros recibidos a partir de los aspectos del cuidado holístico, de la comunicación tanto verbal como no verbal establecida y del comportamiento de las enfermeras. Apoyando la definición de satisfacción de los pacientes ingresados en UCI que consideran los cuidados enfermeros satisfactorios cuando éstos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma continuada y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza (Romero et al., 2013)

En relación a los ítems, el análisis factorial confirmatorio muestra que todos los ítems (excepto uno, el ítem _11, $r = 0.147$) presentaron una adecuada carga factorial e igualmente que todos los ítems presentaron diferencias estadísticamente significativas (excepto el ítem _6). Por tanto, todos los ítems de la escala *NICSS* presenta un buen nivel de validez y sólo dos deberán ser observados en estudios posteriores.

Los índices de bondad de ajuste analizados del modelo confirmatorio, en relación a las medidas de ajuste de Parsimonia con el índice *Chi-cuadrado*, muestra un ajuste aceptable (Hu & Bentler, 1999). Mientras que las medidas de

ajuste absoluto con índices como el *GFI* (*Goodness of Fit Index*) y el *RMSE* (*Root Mean Standard Error*); y a las medidas de ajuste incremental con índices como el *AGFI* (*Adjusted Goodness of Fit Index*), el *BBNNFI* (*Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*) y el *BBNFI* (*Bentler Bonnet Normed Fit Index*), presentaron un buen ajuste al *Modelo Teórico* inicial (Romero et al., 2013). Por otro lado, tal y como hemos indicado anteriormente, el modelo presenta algunos déficits entre la correlación de algunos factores al obtener valores muy próximos a 1, pudiendo ser indicativo de un insuficiente tamaño de la muestra (Uriel & Aldás-Manzano, 2005). En este sentido, reafirmamos la idea de que serán necesarias muestras más grandes que permitan confirmar el ajuste del modelo.

De los cuestionarios revisados, se toman en cuenta para la comparación de resultados aquellos que han presentado un análisis factorial de las escalas en sus investigaciones como el *PSI* (Hinshaw & Atwood, 1981), la *CARE-Q* (Chen et al., 2012), la *LOPSS* (La Monica et al., 1986), la *SERVQUAL* (Calixto-Olalde et al., 2011), la *SERVQHOS* (Mira et al., 1998), la *NSNS* (Piredda et al., 2007), la *PSNCQQ* (Laschinger et al., 2005). y por último la *CECSS* (Davis & Bush, 2003). En todos ellos se puede observar que los resultados obtenidos en las diferentes estructuras factoriales de cada escala o cuestionario son similares a los que se han obtenido para la *NICSS*, estando, por tanto, en consonancia con los resultados psicométricos obtenidos en general por los instrumentos de medición de percepciones, especialmente cuando se evalúan constructos, donde el ajuste métrico es un proceso muy lento, complejo y que requiere de múltiples estudios con muestras amplias.

Concretamente, la *Patient Satisfaction Index (PSI)* mostró un análisis factorial del instrumento presentando un único factor en lugar de los tres factores que mostraba la escala original, por lo tanto, esta subescala medía solo una dimensión (Hinshaw & Atwood, 1981).

En cuanto a la *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)* en la versión china (Chen et al., 2012), mostró tres factores que explicaban el 71.92% de la varianza. después de la eliminación de 10 ítems.

Por su parte, la *Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)* (La Monica et al., 1986) mostró también 3 factores o subescalas: el apoyo interpersonal, la buena impresión y el descontento. La subescala de descontento presentó el 73.6% de la variabilidad, el apoyo interpersonal el 13.8% y la buena impresión el 6.3%. Posteriormente, Munro et al., (1994) en esta misma escala, obtuvieron 2 subescalas la de satisfacción y la de insatisfacción, al reducir el número de los ítems. De la misma manera, la versión *LOPSS 12* (Cabrero, 1994; Cabrero & Richart, 1990) presentó una clara estructura de dos factores, tras el análisis de componentes principales entre los dos factores responden al 51.6% de la varianza, un factor para los ítems formulados en positivo y otro para los formulados en negativo, correspondientes a los dos factores mayores de la *LOPSS* original.

Con relación a la *SERVQUAL*, a través de análisis factorial, identificó 17 componentes principales y, dentro de ellos, las cinco dimensiones de la construcción de la escala original (Calixto-Olalde et al., 2011). Sin embargo, González et al. (2005) en la muestra de su estudio no consiguió las 5 dimensiones descritas en la versión original.

En cuanto al análisis factorial de la *SERVQHOS* (Mira et al., 1998), éste mostró 2 factores, el primer factor calidad percibida y el factor calidad objetiva, Tampoco en esta muestra pudieron corroborar la estructura factorial de 5 factores de la escala original y todos los datos apuntaban a que los factores giraban en torno a un factor general de calidad percibida de la atención y cuidados facilitados.

En lo que refiere a la *NSNS*, no se ha encontrado ningún estudio de validez de constructo donde se haya explorado la estructura factorial después de su desarrollo hasta que Piredda et al. (2007), realizó un análisis factorial de la versión italiana de la escala. El análisis factorial confirmatorio recogió un factor para la escala de satisfacción y 4 factores para la escala de las experiencias, reflejando la naturaleza multidimensional de la experiencia de los cuidados enfermeros.

Además, el *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire* (PSNCQQ) mostró una validez de constructo de 0,70 (rango desde 0,75 hasta 0,89) establecida mediante el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio señaló un solo factor con un buen ajuste del modelo a los datos ($\chi^2=14.36$, GFI = 0,944, IFI = 0,958, CFI = 0,958, RMSEA = 0,091. (Laschinger et al., 2005). En otro estudio llevado a cabo por Milutinovic et al. (2012) se obtuvo un solo factor con un coeficiente de correlación desde 0,56 a 0,75.

Finalmente, la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale* (CECSS) original de Davis y Bush (2003) mostró 2 factores. En su validación al español presentó una validez de constructo, mediante análisis factorial de componentes principales de 0,66 y dio lugar a dos factores que explicaron el 46% de la varianza total, coincidiendo con los resultados de los autores originales (Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García., 2002; Cuñado, Bernardo, Rial, & García., 2002). Sin embargo, Ekwall y Davis (2010), al validar la CECSS traducida al sueco en el análisis exploratorio encontraron 3 factores: el cuidado, la información y la competencia profesional, uno más que los descritos por los autores originales de la escala.

Por otro lado, los estudios que utilizan instrumentos unidimensionales obtuvieron mejores resultados en relación al nivel de satisfacción que los multidimensionales (Hudak & Wright, 2000). A pesar de ello, partiendo del carácter multidimensional de la satisfacción resulta coherente el uso de instrumentos multidimensionales para su adecuada evaluación permitiendo de esta manera la identificación de las áreas específicas de mejora.

En otro punto de discusión, en relación a la *validez de criterio*, las correlaciones de los distintos factores de la NICSS con el cuestionario CECSS y los ítems criterio sobre satisfacción global, intención de ser cuidado de nuevo en el mismo servicio y expectativas satisfechas, presentaron una correlación moderada o elevada con la mayoría de cuestiones planteadas (extremos: 0.42-0.68) excepto con las expectativas satisfechas (extremos: 0.00-0.06). Este resultado puede ser debido a que el ingreso en UCI no resulta de una planificación consciente sino de un cambio brusco en el estado de salud de una

persona caracterizado por una inestabilidad hemodinámica precisando de medios altamente complejos y especializados de forma repentina. El tiempo necesario para la estabilización varía de una persona a otra, siendo en este momento cuando toman consciencia de estar ingresados en UCI. La forma inesperada y sin previo aviso del ingreso y ser la primera vez que ingresan en este servicio no les permite plantearse expectativas de cómo serán los cuidados enfermeros durante su estancia en UCI.

La falta de un método de referencia para comparar la puntuación obtenida con el instrumento hace que la validez de criterio sea de difícil aplicación. Por este motivo, la mayoría de autores utilizan uno o varios ítems criterio como la voluntad de volver al hospital o intención de recomendar el hospital a sus amigos y familiares, encontrando una asociación positiva entre la satisfacción con los cuidados y el ítem criterio (Atkins, Marshall, & Javalgi, 1996; Buchanan, et al., 2015, Lee, 2001; Hinshaw & Atwood, 1981; Laschinger et al., 2005; Lumby & England, 2000; Milutinovic et al., 2012; Mira et al., 1998; Scardina, 1994; Chou et al., 2005; Zifko-Baliga & Kramp, 1997). Otro de los ítems utilizado con frecuencia es la satisfacción general con los cuidados enfermeros (Laschinger et al., 2005; Milutinovic et al., 2012; Mira et al., 1998;).

En la escala *Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)* (La Monica et al., 1986) se utilizó para la validez de criterio un instrumento que no había sido validado. En un estudio posterior, Munro et al. (1994) estimaron la validez de criterio mediante la correlación con un ítem relacionado con la satisfacción global, reportando un nivel aceptable. Sin embargo, la *Sp-LOPSS2*, en su versión española (Lange & Yellen, 2009) utilizó una escala que permitía medir la congruencia entre las expectativas del paciente de los cuidados enfermeros y sus experiencias reales (Oberst. 1984) y la pregunta criterio respecto a la voluntad de volver a ese hospital en un futuro si fuera necesario.

Otros estudios utilizan la escala *Risser* (Hinshaw & Atwod, 1981) para analizar la validez de criterio, como la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* (Davis, Bush & Thomas, 1997), y el *CARE Satisfaction Questionnaire (CARE/SAT)* (Larson & Ferketich, 1993) que obtuvo una correlación de

Pearson ($r=0,80$) entre ambas escalas. La validación en español de la *CECSS* (Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García., 2002; Cuñado, Bernardo, Rial, & García., 2002) presentó una validez convergente probada con la *Delighted-Triste Faces Scale* (Bowling, 1991), la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (*HAD*) (Badía et al., 1996) y un ítem que valoraba la solución al problema de salud por el que había acudido a urgencias.

Nivel de satisfacción

Los resultados de este estudio, tal y como se señalaban al inicio de este apartado, revelan que los pacientes críticos presentan índices de satisfacción muy elevados $280.99 (\pm 20.22)$ en relación a los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI. Dichos resultados coinciden con otras investigaciones consultadas a pesar de utilizar instrumentos diferentes para ello. Una explicación a estos resultados puede ser el sesgo de deseabilidad social, donde los participantes del estudio dan respuestas socialmente aceptables ya sea como resultado del uso continuado de los diferentes servicios o de la tendencia a estar de acuerdo y responder positivamente (Cabrero & Richart 1990; Crow et al., 2002; Pearson et al., 1989). Varios autores han sugerido que el miedo a las represalias de las respuestas negativas puede ser la causa de la tendencia hacia la puntuación más favorable (Acorn & Barnett, 1999; Avis et al. 1995; Lewis, 1994; Lin, 1996; Munro et al., 1994; Strasser, Welch, & Burge, 2005).

Se muestra en este estudio que los participantes han expresado que durante su experiencia de recibir cuidados enfermeros han valorado como más importante, dentro del *Factor 1: Cuidado Holístico*, que hayan procurado que no tuvieran dolor y la administración puntual de la medicación, recibir cuidados enfermeros con cariño y paciencia, de una manera continuada y atención a sus necesidades manteniéndole limpio y aseado. También destacan del *Factor 2: Formas de Comunicación*, que la enfermera se haya presentado, haya contestado a sus preguntas y les miraran cuando entraban a la habitación. En relación al *Factor 3: Comportamientos Profesionales* incluyen el trabajo en equipo, la habilidad técnica de la enfermera, la rapidez con que le han atendido

y el trato humano recibido como los aspectos con los que muestran mayor satisfacción. Finalmente, en relación al *Factor 4: Consecuencias* de recibir cuidados enfermeros, detallan el sentirse cuidado por enfermeras eficientes, sentirse físicamente seguro, agradecimiento y tener ganas de seguir viviendo.

Estos resultados coinciden con los expresados por Bautista, (2008) que en su estudio los participantes destacan que se les administre la medicación puntualmente. También inciden en que la enfermera posea conocimientos y que dé respuesta a las necesidades de los pacientes, así como que “conforta” entendido como dar ánimo y hacer que el paciente se sienta bien, “los cuidados ayudan y confortan en la medida en que se tiene a alguien que se preocupa por ellos, que confía y ofrece atención, consuelo, esperanza y ayuda. Dentro de los comportamientos del cuidado a una persona, los pacientes también perciben el trato humano como lo más importante.

Detallando el nivel de satisfacción obtenido en cada uno de los factores, se observa que el nivel de satisfacción es también muy elevado, siendo el *Factor 3: Comportamientos Profesionales* el que obtiene una puntuación levemente inferior.

Los ítems menos valorados identificados en cada uno de los factores han sido los ítems 24, 33, 11, y 40. La menor puntuación otorgada por algunos pacientes al ítem_24: han sabido ponerse en mi lugar (*F1*) y al ítem_33: han favorecido que me comunicara con ellas (*F2*), puede ser debida al distanciamiento que alguna enfermera haya podido mostrar como consecuencia de una sobrecarga de trabajo o por la urgencia de algunas de las intervenciones enfermeras que pueden relegar a un segundo plano la comunicación y que haya sido percibido por el paciente como una falta de empatía o de atención.

El ítem_11: han resuelto los problemas que he tenido con la evolución de mi enfermedad y el tratamiento (*F3*), relacionado con el juicio clínico, es el que recibe peor valoración probablemente debido al desconocimiento de la función enfermera o la falta de herramientas para valorar nuestro trabajo por parte de los pacientes.

Por último, el ítem_40: contaban con mi opinión en relación a los cuidados (*F4*), tal vez es el peor valorado debido a las diferencias entre lo que el paciente desea y los cuidados que verdaderamente necesita.

Conocer la calidad de los cuidados de la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau desde la perspectiva de los pacientes, ayuda a la mejora continua y al mantenimiento del alto nivel de satisfacción. Dispensar cuidados enfermeros de calidad se acompaña de un nivel de satisfacción elevado lo que se traduce en una disminución de la estancia media en el hospital y por tanto una disminución de los costes (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002). Debido al reconocimiento que realizan los pacientes sobre los cuidados enfermeros de calidad traducida en satisfacción y sus consecuencias en los resultados de salud, se aconsejan nuevos estudios que evidencien el costo-beneficios de prestar un cuidado de estas características (Quintero & Gómez, 2010) ya que los cuidados enfermeros son extremadamente relevantes para los pacientes porque son los profesionales que pasan más tiempo con ellos (Thi, Briançon, Empereur & Guillemin, 2002).

Por otra parte, el análisis de las respuestas relatadas en el cuestionario correspondientes a las preguntas abiertas, permitió señalar los códigos que contemplaban las cuatro dimensiones del cuidado enfermero satisfactorio desde la perspectiva del paciente crítico (Romero et al., 2013), reflejando aspectos que reúnen los cuatro factores de la *NICSS*, el *Cuidado Holístico*, las *Formas de Comunicación*, los *Comportamientos Profesionales* y las *Consecuencias*.

Al identificar los aspectos de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI que más les había ayudado se observó que coinciden con la definición del concepto de satisfacción en relación a los cuidados enfermeros recibidos, tal y como se definió en el *Modelo Teórico*, al resaltar con mayor frecuencia la profesionalidad, el trato humano recibido y el sentirse tranquilos y seguros. Esta combinación humano-técnica que se refleja en los resultados coinciden con la aportación de algunos autores (Hofhuis et al., 2008), donde no solo la tecnología y la experiencia de las enfermeras eran importantes para el

paciente, sino que el cuidado humano que incluía la compasión, el coraje, proporcionar confort, reducir el miedo y crear seguridad eran también importantes. En este sentido se apreció también, el planteamiento de necesidades físicas y psicosociales de la Teoría de los Cuidados Humanos de Jean Watson (2006).

Sin embargo, lo más destacable de los aspectos que menos les había ayudado detallaron el ruido de alarmas y el tono elevado con el que trabajaban las enfermeras tanto de día como de noche. El ruido como factor estresante identificado por los pacientes ha sido estudiado también por diferentes autores (Ayllón, Álvarez, & González, 2007; Bihari et al., 2012; Gholamreza, & Bahareh, 2015; Tainter et al., 2016) y muestran que, en las UCIs, el ruido sobrepasa los límites permitidos, y causa efectos adversos sobre los pacientes, contribuyendo a aumentar su nivel de estrés y ansiedad, y a desencadenar problemas como la alteración del sueño y la desorientación temporo-espacial. Simons, Park, y Kohlrausch (2014) concluyeron su estudio en que más de la mitad de toda la energía acústica en una UCI se debía a la expresión y las actividades humanas y, por lo tanto, era potencialmente modificable. Las estrategias que implica la modificación del comportamiento enfermero y el cambio de hábitos rutinarios durante el turno de trabajo, pueden resultar muy efectivas para reducir la contaminación acústica en la UCI y, aunque algunas causas del ruido no puedan ser eliminadas, sí podrán ser adaptadas y reducidas.

Variables sociodemográficas y clínicas

Numerosas investigaciones han explorado la relación entre la satisfacción y variables sociodemográficas y clínicas como la edad, el género, la duración de su estancia, el nivel de estudios, la situación laboral y la percepción del estado de salud entre otras obteniéndose resultados muy variados.

En este estudio, la relación de las variables analizadas en cuanto al sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la situación laboral, los ingresos previos, y los días de estancia en UCI no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Estos resultados coinciden con los de otros estudios, donde tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel global de satisfacción y las variables sociodemográficas estudiadas como la edad (Abdel, et al., 2012; Cabrero et al., 1995; Miller-Bader; 1988; Pujiula et al., 2006; Regaira et al., 2010; Ríos-Risquez et al, 2013), el género (Abdel et al., 2012; Cabrero et al., 1995; Pujiula et al., 2006; Regaira et al., 2010), el estado civil (Abdel et al., 2012; Cabrero et al., 1995), el nivel educativo (Abdel et al., 2012; Alasad & Ahmad, 2003; Cabrero et al., 1995; Miller-Bader; 1988, Pujiula et al., 2006; Regaira et al., 2010; Thomas et al. 1996), la situación laboral (Akin & Erdogan, 2007; Quintana et al., 2006) los días de estancia en UCI (Abdel et al., 2012; Regaira et al., 2010), y los ingresos previos en UCI (Abdel et al., 2012; Regaira et al., 2010).

Sin embargo, aparecen resultados en la literatura nacional e internacional donde los participantes con mayor edad reportan un nivel de satisfacción superior (Akin & Erdogan, 2007; Bakar, Akgün & Al-Assaf, 2008;Cabrero et al., 1995; Carlson, Shaul, Eisen, & Cleary, 2002; Chang et.al, 2003; Cleary Edgman-Levitan, McMullen, & Delbanco, 1992; Lewis, 1994; Lynn et al., 2007; McNeill, Sherwood, Starck, & Nieto, 2001; Lumby & England, 2000; McMillen & Sdoni, 2007; Quintana et al., 2006; Sørliet et al, 2006; Thi et al., 2002), los hombres reportan mayores niveles de satisfacción (Chang et.al, 2003; Lumby & England, 2000; Thi et al., 2002), las mujeres reportan mayor nivel de satisfacción (Alasad & Ahmad, 2003; Akin & Erdogan, 2007) de igual manera que los participantes con menor nivel educativo muestran mayores niveles de satisfacción (Bakar et al., 2008; Lewis, 1994; Lynn, et al., 2007; McNeill et al., 2001; Sørliet et al, 2006; Thi et al., 2002). Así mismo, cuanto más corta es la hospitalización más alta es la satisfacción (Fleming, 1981; Ríos-Risquez et al, 2013; Thi et al., 2002).

Los hombres con mayor estancia media, con personas a su cargo, puntúan un nivel de satisfacción ligeramente superior. En cambio, los de menor edad, casados o que viven en pareja, con personas a su cargo que habían ingresado anteriormente en una UCI son los más críticos reportando los niveles más

bajos de satisfacción. El motivo de estas diferencias puede ser el uso de diferentes instrumentos de medición en los diferentes estudios.

En una revisión sistemática de la literatura, Crow et al. (2002), analizaron la relación entre la satisfacción y variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo. En relación al sexo, concluyeron que de los 39 estudios las mujeres fueron significativamente más satisfechos en 6(15.4%); los hombres fueron significativamente más satisfechos en 7(17.9%); y la relación no era significativo en 26(66.7%). En cuanto a la edad, de los 58 estudios que investigaron la relación entre la satisfacción reportada y la edad confirmó que a mayor edad mayor satisfacción con relación estadísticamente significativos 41(70.7%); los de menor edad mayor satisfacción con relación estadísticamente significativa en 4(6.9%); y la relación no fue significativa en 13(22.4%). Finalmente, en relación al nivel de la educación en la satisfacción fue considerado por 31 investigaciones y encontró que a menor nivel educativo mayor satisfacción con diferencias estadísticamente significativa en 15(48.3%) de los estudios. En cambio, los niveles más altos de educación se asociaron con diferencias estadísticamente significativas a menor satisfacción en 11(35.4%) estudios, y con mayor satisfacción en 5(16.2%) estudios. Concluyeron la revisión que, exceptuando la edad, la evidencia sobre el efecto de factores sociodemográficos es equívoca.

Sin embargo, en relación a la puntuación media de la satisfacción global de la *NICSS* con la percepción del grado de recuperación sí que se observaron diferencias estadísticamente significativas. De igual manera, al explorar por factores, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la puntuación media del nivel de satisfacción en el *Factor 1: Cuidado Holístico* con el grado de recuperación y con el estado de salud, así como, en la puntuación media del nivel de satisfacción del *Factor 4: Consecuencias* con la percepción del estado de salud.

En este sentido, los resultados de este estudio muestran que los pacientes que perciben un mayor grado de recuperación son los que han puntuado niveles de satisfacción más elevados, coincidiendo estos resultados con el estudio de

Staniszewska y Ahmed (1999) que afirmaban que la percepción de los pacientes sobre su enfermedad tenía una influencia importante sobre el contenido, el resultado de sus expectativas y el nivel satisfacción. Así mismo, concuerdan también con los resultados de Abdel, Oweis y Hasna (2012) que mostraron que a mayor nivel de satisfacción mayor era la percepción del nivel de recuperación. A pesar de que los resultados de este estudio no muestran una diferencia estadísticamente significativa en relación a la percepción del estado de salud, diferentes autores reportan que las percepciones del estado de salud con el nivel de satisfacción presentaron diferencias estadísticamente significativas, cuanto mejor era la percepción del estado de salud mayor era el nivel de satisfacción. (Abdel et al., 2012; Cabrero et al., 1995, Cleary et al., 1991; Krupat, Fancey, & Cleary, 2000; Thi et al., 2002).

Además, al explorar por factores el nivel de satisfacción se detalla que los pacientes que perciben ser cuidados de una manera holística, que recoge aspectos físicos y psicoemocionales de los cuidados perciben un mayor nivel de recuperación y un mayor estado de salud. De la misma manera, aquellos pacientes que han vivido y sentido las consecuencias de recibir cuidados satisfactorios presentaron una mayor percepción de su estado de salud.

Sin embargo, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas en relación al resto de variables incluidas en el estudio, se observa que los de menor edad, los casados o que viven en pareja, y sin personas a su cargo puntuaron niveles inferiores de satisfacción. Mientras que los hombres, sin estudios y con mayor estancia e UCI puntuaron un nivel de satisfacción más elevado. El motivo por el que los pacientes con mayor estancia en UCI reportaron mayor satisfacción en relación a los cuidados enfermeros puede explicarse porque recibieron cuidados enfermeros complejos y durante más tiempo que otros pacientes, siendo, por tanto, capaces de hacer una valoración más realista al poder compararla con los cuidados recibidos en otros servicios.

5.2. Limitaciones del estudio

Los resultados presentados deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones.

Teniendo en cuenta que el cuestionario basa la información en la validez de la información verbal de percepciones que transmite el encuestado, la información puede ser difícil de contrastar y de traducir a un sistema de medición, es decir, a una puntuación (Crow et al., 2002). Mediante la validación de contenido se intentó minimizar este efecto al utilizar preguntas claras y concisas validadas de nuevo por los pacientes en rol de expertos.

La representatividad de la muestra estudiada puede ser incompleta al no haber sido posible realizar un muestreo aleatorio de la población de estudio. Si bien no hay que olvidar que la muestra del estudio es grande ($n=200$) para el análisis psicométrico del cuestionario, las correlaciones entre algunos factores en el Análisis Factorial Confirmatorio hacen pensar que serán necesarias muestras más grandes para acabar de definir el ajuste al *Modelo Teórico* (Uriel & Aldás-Manzano, 2005). Además, puede existir un sesgo de supervivencia, debido a los pacientes críticos que fueron *exitus* durante su estancia y no ha sido posible encuestar, por razones obvias. Por otro lado, se puede dar el caso de que los pacientes no satisfechos no cumplimentaron los cuestionarios. Estos factores contribuyen a la incertidumbre de los resultados pudiendo constituir una amenaza a la validez del cuestionario.

La falta de variabilidad en las respuestas, observable por una elevada concentración de respuestas en las puntuaciones más altas de los ítems y las dimensiones, no garantiza el análisis de amplios recorridos en las puntuaciones potenciales del instrumento. Las puntuaciones altas, pueden reflejar por un lado preferencias del paciente para demostrar la interacción positiva con las personas que cuidan de ellos “deseabilidad social”, limitación derivada de la situación de dependencia del usuario (Edwards, Staniszevska & Crichton; 2004) y, por otro lado, pueden reflejar creencias del tipo “lo hacen lo mejor que pueden” (Williams, Coyle, Healy; 1998).

La dificultad de poder comparar los resultados de este estudio con los de otros estudios que también evalúan la satisfacción del paciente al no haber incorporado en su diseño la perspectiva del paciente o al contemplar la satisfacción en relación a los cuidados enfermeros como una parte de la satisfacción general del paciente incluyendo la evaluación de los servicios como los de limpieza y comida, o los de otros profesionales como la atención médica.

El hecho de que los cuestionarios que mostraban propiedades psicométricas sólidas no estaban disponibles en español o bien presentaran ítems más relacionados con aspectos estructurales y de los servicios ofrecidos por el hospital que con los cuidados enfermeros, para evaluar la validez de criterio se utilizó la *CECSS* (Cuñado, Bernardo, Rial, Marco & García., 2002; Cuñado, Bernardo, Rial, & García., 2002) por ser la única escala validada en nuestro idioma relacionada que refleja la satisfacción con los cuidados enfermeros, aunque en el contexto de urgencias.

Por último, destacar en el momento de la cumplimentación de la *N/CSS* para evaluar la estabilidad temporal la posibilidad de recuerdo de las respuestas de la primera pasación a pesar de cumplir con las recomendaciones relacionadas con el tiempo superior a 48 horas (Gómez & Hidalgo, 2002), la negativa de los pacientes para volver a cumplimentarlo y el alta a otro hospital o a su domicilio.

5.3. Propuestas para la práctica profesional y otras investigaciones

La *N/CSS* se convierte en el primer cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros, diseñado y validado en España, centrado en el paciente en el contexto del paciente crítico, permitiendo ser utilizado en UCI españolas con características similares y continuar así con el proceso de validación.

La *N/CSS* es un cuestionario fácil y se tarda aproximadamente entre 10 y 15 minutos en cumplimentarlo, resultando un cuestionario factible para

administrarlo a aquellos pacientes que hayan recibido el alta de la UCI, en la práctica habitual. A partir de la identificación de los aspectos susceptibles de mejora, va a permitir a los profesionales, gestores y administradores aumentar la calidad de los cuidados mediante la modificación, cambio o fortalecimiento de comportamientos, habilidades, actitudes o situaciones susceptibles de mejora que intervienen en el proceso de cuidados. Además de la mejora continua de los cuidados humanizados desde el compromiso del rol profesional.

La gestión de la calidad se basa, en última instancia, en un compromiso personal manifiesto en la práctica y en el trabajo diario de las enfermeras. Por lo tanto, la mejora de la calidad requerirá cambios en la formación y gestión clínica. El uso continuado de la *N/CSS* permitirá una evaluación también continuada donde los datos recogidos serán la base para la gestión y mejora de la calidad.

Como futuras líneas de investigación, cabe mencionar:

- Explorar el concepto de satisfacción en relación a los cuidados enfermeros en diferentes contextos para seguir el análisis de la estructura factorial del *Modelo Teórico* presentado, basado íntegramente en las experiencias y vivencias de los pacientes críticos.
- Comparar los niveles de satisfacción en diferentes contextos (hospitales privados, concertados o públicos) y en diferentes poblaciones (larga estancia, corta estancia, o post-quirúrgicos) a nivel nacional.
- La Introducción de mejoras en los cuidados enfermeros de forma participativa y la evaluación pre y post intervención de las misma.

5.4. Financiación y disusión de la investigación

Este trabajo forma parte del proyecto: «Percepción de los pacientes críticos en relación a la satisfacción de los cuidados enfermeros», financiado por el Colegio Oficial de Enfermeros y Enfermeras de Barcelona (PR-3663/10), así como del proyecto «Calidad percibida de los cuidados enfermeros por los pacientes críticos: un abordaje mixto», financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Nacional cuyo lema es “Una manera de hacer Europa”, FIS (PI11/00447). En ambos proyectos como investigadora principal.

Siendo, por otro lado, becadas M. Romero-García y L. de la Cueva por la Fundación Privada del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Molt II. lustrísima Administració) con una liberación de la asistencia en un 50% de la jornada laboral para la realización del estudio cualitativo previo correspondiente a la parte cualitativa del proyecto.



Este estudio ha sido presentado a diferentes medios de difusión a partir de la presentación de comunicaciones orales, posters y mesas redondas en congresos, nacionales e internacionales recibiendo además dos premios a la mejor comunicación oral, que se pueden consultar en el anexo14. Además de las publicaciones científicas en diferentes revistas tanto nacionales como de impacto (Anexo 15).

6. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este estudio:

1. La *NICSS* fue diseñada incorporando la perspectiva del paciente crítico. En el diseño, la generación de los ítems responde a las 4 dimensiones que configuran el *Modelo Teórico* surgido del estudio cualitativo previo y a la inclusión de las propias palabras que los pacientes utilizaron para describir sus propias experiencias, vivencias y sentimientos, en lugar de utilizar términos más amplios desarrollados por los investigadores.
2. La *NICSS* fue validada incorporando la perspectiva del paciente crítico. Presenta una alta validación de contenido al ser evaluada por pacientes expertos para juzgar el cuestionario. No se aceptó eliminar ninguno de los ítems estadísticamente sugeridos por tratarse de ítems conceptualmente válidos y necesarios para los factores que conformaban el cuestionario. La *NICSS* es fácil de cumplimentar por los pacientes recién dados de alta de UCI.
3. La validez de constructo mostró un ajuste aceptable con los 4 factores del *Modelo Teórico* inicial. Siendo el factor de las *Consecuencias* el que mejor correlacionó con los otros tres factores (*Cuidado Holístico*, *Formas de Comunicación* y *Comportamientos Profesionales*) siendo necesarios estudios en muestras más amplias para poder reforzar la estructura factorial del Modelo de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico que sustenta la escala *NICSS*.
4. La validez de criterio de la *NICSS* fue entre moderada y elevada al correlacionarla con la *CECSS*, el nivel de satisfacción general, la intención de ser cuidado de nuevo en el mismo servicio y las expectativas cumplidas.
5. Los pacientes críticos presentaron índices de satisfacción muy elevados en relación a los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI para la escala total y para cada uno de los factores.
6. Las variables sociodemográficas de la muestra de estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la media de puntuación en ninguno de los subgrupos expuestos.

7. Las variables clínicas relacionadas con la percepción del estado de salud y el grado de recuperación presentaron diferencias estadísticamente significativas para la *N/CSS* total y algunos de sus factores. Los pacientes que percibieron mayor grado de recuperación puntuaron mayores niveles de satisfacción. De igual manera, los pacientes que percibieron mejor estado de salud y mayor grado de recuperación puntuaron niveles más altos de satisfacción en el *Factor 1: Cuidado Holístico*, y los pacientes con una mejor percepción del estado de salud puntuaron niveles más elevados de satisfacción en el *Factor 4: Consecuencias*.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel, A.S., Oweis, A.I., & Hasna, F.S. (2012). Defferences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 140-146.
- Abdellah, F.G. & Levine. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5, 100-108.
- Acevedo, G., Castañeda, H., Garza, R., González, F., Meléndez, C., & Acevedo, G. (2006). Adaptación de un Instrumento para medir la Satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 14(7), 245-251.
- Acorn, S., & Barnett, J. (1999). Patient satisfaction issues in measurement. *The Canadian Nurse*, 95(6), 33-36.
- Ahmed, T., Assefa, N., Demisie, A., & Kenay, A. (2014). Levels of Adult Patients' Satisfaction with Nursing Care in Selected Public Hospitals in Ethiopia. *International Journal of Health Sciences*, 8(4), 371-379.
- Akin, S., & Erdogan, S. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 646–653.
- Alasad, J.A., & Ahmad, M.M. (2003). Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(6), 279-285.
- Alhusban, M.A., & Abualrub, R.F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17(6), 749–758
- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 151-158.
- Alonso, R., Blanco-Ramos, M.A., & Gayoso, P. (2005). Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Revista Calidad Asistencial*, 20(5), 246-250.

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washinton. D.C: American Educational Research Association.
- Anderson, J., & Gerbing, D. (1988). Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach. *Psychological Bulletin*, 103 (3), 411-423.
- Argimón, J.M., & Jiménez, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiología*. (4ª Ed). Madrid: Elsevier SA.
- Arredondo-González, C.P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enfermería*, 18(1), 32-36. Consultado el 18 julio de 2014, en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100007>
- Atkins, P.M., Marshall, B.S., & Javalgi, R.G. (1996). Happy employees lead to loyal patients. *Journal of Health Care Marketing*, 16(4), 14-24.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 316-322.
- Ayllón, N., Álvarez, M., & González, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 159-167.
- Babakus, E., & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.

- Badía, X., & Alonso, J. (2007). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. (4ª Ed). Barcelona: Editec
- Badía X, Salamero M, Alonso J, & Ollé A. (1996). *La medida de la salud: Guía de las escalas de medición en español*. Barcelona: PPU.
- Bakar, C., Akgün, H.S., & Al-Assaf, A.F. (2008). The role of expectations in patient assessments of hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(4), 343-355.
- Bautista L.M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8(1), 74-84. Consultado el 18 marzo 2013, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108108>
- Beltrán, O.A. (2009) La Unidad de Cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1) ,34-45. Consultado el 3 de octubre de 2013, en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&tlng=es
- Bethel, S., & Ridder, J. (1994). Evaluating nursing practice: Satisfaction at what cost? *Nursing Management*, 25(9), 41-43, 46-48.
- Bihari, S., Doug, R., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R.J., & Bersten, A.D. (2012). Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 158(8),301-307.
- Bilsbury, C.D., & Richman, A. (2002). A staging approach to measuring patient-centred subjective outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl.414), 5-40.
- Blanca, J.J., Blanco, A.M., Luque, M., & Ramírez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 7(12), 1-14.
- Blanco-Abril, S., Sánchez-Vicario, F., Chinchilla-Nevado, M.A., Cobrero-Jiménez, E.M., Mediavilla-Durango, M., Rodríguez-Gonzalo, A., et al.

- (2010). La satisfacción del paciente con las enfermeras de atención de emergencia. *Enfermería Clínica*, 20(1), 23-31.
- Bland, J.M., & Altman, D.G. (1997). Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314: 572.
- Bland, J.M., & Altman, D.G. (2010). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 931-936.
- Boomsma, A. (2000). Reporting Analyses of Covariance Structures. *Structural Equation Modeling*, 7(3), 461–483.
- Bowers, M.R., Swan, J.E., & Koehler, W.F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Review*, 19(4), 49–55.
- Bowling, A. (2005). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. (3rd Ed.), Maidenhead: Open University Press.
- Braña, B., del Campo, R.M., Fernández, E., & de la Villa, M. (2007). Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE®). *Enfermería Intensiva*, 18(3), 115-25.
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo J. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218-224.
- Cabrero, J. (1994). *La medida de la satisfacción del paciente: aspectos conceptuales y metodológicos*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Murcia.
- Cabrero, J., & Richart, M. (1990). Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: primeros resultados. En: *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión*: Valencia, 15 a 20 de abril de 1990. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Consultado el 2 febrero 2012, en:

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24964/1/1990_Cabrero_Richart_Psicologia_salud.pdf

- Cabrero, J., Richart, M., & Reig, A. (1995). Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enfermería Clínica*, 5(5), 14-22.
- Calixto-Olalde, M.G., Okino, N.O, Hayashida, M., Costa, I.A., Trevizan, M.A., & Godoy, S. (2011). Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. *Texto & Contexto. Enfermagem. Florianópolis*, 20(3), 526-533. Consultado el 2 mayo 2013, en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300014&lng=en&tlng=es.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(4), 276-279.
- Carlson, M.J., Shaul, J.A., Eisen, S.V., & Cleary, P.D. (2002). The influence of patient characteristics on ratings of managed behavioral health care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 481-489.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 34(1), 63-72. Consultado el 15 de febrero de 2014, en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007>
- Casas, J., Repullo, J.R., & Donaldo, J. (2003a). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Casas, J., Repullo, J.R., & Donaldo, J. (2003b). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria*, 31(9), 592-600.
- Chan, J.N.H., & Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 498-507.

- Chang, E., Hacock, K., Chenoweth, L., Jeon, Y., Glasson, J., Gradidge, K., et al. (2003). The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 191-201.
- Charalambous, A. (2010). Validation and test–retest reliability of the Risser patient satisfaction scale in Cyprus. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 61–69.
- Charalambous, A., & Adamakidou, T. (2012). Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients. *BMC Nursing*, 11:27. Consultado el 15 de marzo de 2013, en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/27>
- Chen, S-Y., Yen, W-J., Lin Y-J., Lee C-H., & Lu Y-C. (2012). A Chinese version of the Caring Assessment Report Evaluation Q-sort scale for measuring patients' perception on nurses' caring behaviours: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), 388-395.
- Cho, W.H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K.S. (2004). The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: A South Korean study. *Health services research*, 39(1), 13-33.
- Chou, S.M., Chen, T.F., Woodard, B., Yen, M.F. (2005). Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan. *Journal Nursing Research*, 13(2), 75-84.
- Chover, H. (1999). Orígenes de las UCIs, evolución de la enfermería de Cuidados Intensivos. Primeras reuniones nacionales y creación de la SEEIUC. *Enfermería Intensiva*, 10(3), 29-40.
- Christoglou, K., Vassiliadis, C., & Sigalas, I. (2006). Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, 42(2), 21–26.

- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W., & Delbanco, T.L. (1992). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *QRB. Quality Review Bulletin*, 18(2), 53-59.
- Cleary, P.D., Edgman-Levita, S., Roberts, M., Moloney, T.W., McMullen, W., et al. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*, 10(4), 254-267.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha: an examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Coslow, B.I.F., & Eddy, M.E. (1998). Effects of preoperative ambulatory gynecological education: Clinical outcomes and patient satisfaction. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 13(1), 4–10.
- Coulter A. (2002). After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ Quality and Safety*, 11(2), 186-188.
- Coyle, J., & Williams, B. (2000). An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal Advanced Nursing*, 31(5), 1235-1243.
- Crawley, W.D., & Till, A.H. (1995). Case management: More population-based data. *Clinical Nurse Specialist*, 9(2), 116–120.
- Crocker C. (2007). The development of critical care in England. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(6), 323-330.

- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey L., et al. (2002). The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6 (32), 1-244.
- Cuenca M. (1999). La UCI 25 años después. *Enfermería Intensiva*, 10(3),129-140.
- Cullen D.J., Civetta, J.M., Briggs, B.A., & Ferrara, L.C. (1974). Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*, 2(2), 57-60.
- Cuñado, A., Bernardo, C., Rial, C., Marco, A., & García, F. (2002). Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica*, 12(5), 273-280.
- Cuñado, A., Bernardo, C., Rial, C. & García, F. (2002). Spanish validation of an instrument to measure the quality of nursing care in hospital emergency units. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(3), 13-23.
- Davis, B., & Bush, H. (1995). Developing effective measurement tools: A case study of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 26-35.
- Davis, B., & Bush, H. (2003). Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia, and Australia. *Journal of Nursing Care Quality*, 18 (4), 267-274.
- Davis, B., Bush, H., & Thomas, S. (1997). Measuring consumer satisfaction with emergency department nursing care. *Journal of Nursing Science*, 2, 35-47.
- Davis, B., Kiesel, C., Farland, J., Collard, A., Coston, K., & Keeton, A. (2005). Evaluating instruments for quality testing convergent validity of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 364-368.

- de la Cueva, L., Romero, M., Delgado, P., Acosta, B., Jover C., Ricart, M.T., et al. (2014). Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 201–210.
- de la Cueva-Ariza, L. (2012). La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 153–154.
- Delgado, P., Sola, A., Mirabete, I., Torrents, R., Blasco, M., Barrero, R., et al. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 110-126.
- Department of Health (2000). *Comprehensive critical care: a review of adult critical care services*. London: HMSO.
- Diers, D. (1986). To Profess - To Be a Professional. *Journal of Nursing Administration*, 16(3), 25-30.
- Donabedian A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–203.
- Dorigan, G.H., & de Brito, E. (2013). Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 562-568. Consultado el 15 de febrero de 2014, en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300006>
- Dorigan, G.H., de Brito, E., da Silva, D., & McColl, E. (2014). Validation of the Brazilian version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a partial least squares path modeling approach. *Journal of Nursing Measurement*, 22(3), 451-460.
- Edwards, C., Staniszewska, S., & Crichton, N. (2004). Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with health care are constructed. *Sociology of Health and Illness*, 26(2), 159-183.

- Ekwall, A., & Davis, B.A. (2010). Testing a Swedish version of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale in an emergency department and 2 observation wards. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(3), 266-73.
- Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st-century updates- Jean Watson. *Nursing Science Quarterly*, 15(3), 214-219.
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*, 14, 165-168.
- Findik, U.Y., & Serap, U. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 162-169.
- Finkelstein, B.S., Harper, D.L., & Rosenthal, G.E. (1999). Does length of hospital stay during labor and delivery influence patient's satisfaction: Results from a regional study. *American Journal of Managed Care*, 4(12), 1701-1708.
- Fleming, G.V. (1981). Hospital structure and consumer satisfaction. *Health Services Research*, 16(1), 43-63.
- Galley, J., & O'Riordan, B. (2003). Royal College of Nursing. Critical Care Forum. News and issues. *Intensive Critical Care Nursing*, 19, 257-66.
- García, M.J., Rodríguez, F., & Carmona L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5(4), 171-177.
- Gea, M.T., Hernán, M., Jiménez, J.M., & Cabrera, A. (2001). Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 37-44.
- Gholamreza, K., & Bahareh, I. (2015). Noise pollution in intensive care units: a systematic review article. *Reviews in Clinical Medicine*, 2(2), 58-64.

- Gómez, J., Carreras, V., Guilera, G., & Andrés, A. (2010). *Exercicis pràctics de psicomètria amb PASW*. Barcelona: Publicacions i Edicions UB.
- Gómez, J., & Hidalgo, M.D. (2002). La validez en los test, escalas y cuestionarios. Universidad de Antioquia. Facultad de ciencias sociales y humanas. *Centros de estudios de opinión*. Consultado el 15 de febrero de 2014, en:
<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1750/1370>
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J., & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325.
- González, G., & García, F. (2008). Modelos organizativos en Medicina intensiva: el modelo español. En Gumersindo González Díaz. *Libro electrónico de Medicina Intensiva* [monografía en internet]. Consultado el 7 de junio de 2014, en: <http://intensivos.uninet.edu/04/0402.html>.
- González, M.A., Padín, S., & de Ramón, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(3), 147-155.
- Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. (2ª Ed). Madrid: Triacastela.
- Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngas, H. (1998). Nurse caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 927-932.
- Gutysz-Wojnicka, A., Dyk, D., Cudak, E., & Ozga, D. (2013). Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 311-318.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (5ª ed.) Madrid: Prentice Hall.

- Hall, J., & Dornan, M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811-818.
- Harcourt, B. (1999). *Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería, en: modelos y teorías en enfermería*. Madrid.
- Harcourt, B. (1999). Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería, en: modelos y teorías en enfermería. (4ª Ed). Madrid: p. 62-63.
- Hart, M. (1996). Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1234-1240.
- Hartigan, RC. (2000). The Synergy Model. Establishing Criteria for 1:1 Staffing Ratios. *Critical Care Nurse*, 20,112-116.
- Haupt, M.T., Bekes, C.E., Brilli, R.J., Carl, L.C., Gray, A.W., Jastremski, M.S., et al. (2003). Guidelines on critical care services and personnel: recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Critical Care Medicine*, 31, 2677-2683.
- Heinz, O. (2004). Hospital nurse staffing and patient outcomes. A review of current literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(1), 44-50.
- Henderson, A. (1994). Power and Knowledge in nursing practice: The contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20(5), 935-939.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68.
- Hilberman M. (1975). The evolution of intensive care units. *Critical Care Medicine*, 3(4), 159-165.
- Hinshaw, A., & Atwood, J. (1981). A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nursing Research*, 31(3),170-191.

- Hofhuis, J., Spronk, P., van-Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(5), 300-313.
- Hokoyd, E., Yue-kuen, C, Sau-wai, C, Fung-shan, L., & Wai-wan, W. (1998). A Chinese cultural perspective of nursing care behaviors in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1289-1294.
- Holroyd, E., Cheung, Y.K., Cheung, S.W., & Wong, W.W. (1998). A Chinese cultural perspective of nursing care behaviors in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1289-1294.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hudak, P.L., & Wright, J.G. (2000). The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine*, 25(24), 3167–3177.
- Hyrkas, K., Paunonen, M., & Laippala P. (2000). Patient satisfaction and research-related problems (Part.1): Problems while using a questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis. *Journal of Nursing Management*, 8, 227-236.
- Iapichino, G., Radrizzani, D., Pezzi, A., Assi, E., Di Mauro, P., Mistraretti, G., et al. (2005). Evaluating daily nursing use and needs in the intensive care unit: a method to assess the rate and appropriateness of ICU resource use. *Health Policy*, 73(2), 228–234.
- Jacox, A.K., Bausell, B.R., & Mahrenholz, D.M. (1997). Patient satisfaction with nursing care in hospitals. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 1(1), 20–28.
- Jafar, A., & Muayyad, M. (2003). Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(6), 279-285.

- Jaju, A., & Crask, M.R. (1999). The perfect design: Optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *American Market Association*, 10, 127-131.
- Jennet, B., & Teasdale, G. (1977). Aspect of coma after severe head injury. *Lancet*, 1(8017), 878-881.
- Johannessen, G., Eikeland, A., Stubberud D.G., & Fagerstöm, L. (2011). A descriptive study of patient satisfaction and the structural factors of Norwegian intensive care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 281-289.
- Johansson, P., Olèni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing in context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., et al. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3-14.
- Joy, L., & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, 23(7), 73-77.
- Kabir, T., & Wikes, T. (2010). Measures of outcomes that are valued by service users. En: G. Thornicroft & M. Tansella (Eds). *Mental health outcome measures*. (3rd ed., p.3-14). London: Royal College of Psychiatrists.
- Krahn, M. (2010). 'New' evidence for clinical practice guidelines. Should we search for 'preference evidence'? *The Patient: Patient - Centered Outcomes Research*, 3(2), 71-77.

- Krapohl, G., Manojlovich, M., Redman, R., & Zang, L. (2010). Nursing specialty certification and nursing-sensitive patient outcomes in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 19(6), 490-498.
- Krupat, E., Fancey, M., & Cleary, P.D. (2000). Information and its impact on satisfaction among surgical patients. *Social Science & Medicine*, 51(12), 1817-1825.
- Kupermintz H. (2004). On the reliability of categorically scored examinations. *Journal of Educational Measurement*, 41(3), 193-204.
- Kvåle K. (1997). Hva er viktig for god omsorg? En studie av kreftpasienters og sykepleieres oppfatning. Hovedfagsoppgave. Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet. Universitet i Bergen.
- La-Monica, E.L., Oberst, M.T., Madea, A.R., & Wolf, R.M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health*, 9(1), 43-50.
- Lange, J.W. (2002). Testing equivalence of Spanish and English versions: The LaMonica–Oberst (Revised) Patient Satisfaction with Nursing Care Scale. *Research in Nursing & Health*, 25(6), 438-451.
- Lange, J.W., & Yellen E. (2009). Measuring satisfaction with nursing care among hospitalized patients: Refinement of a Spanish version. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 31-37.
- Larrabee, J.H., Ostrow, C.L., Withrow, M.L., Janney, M.A., Hobbs, G.R., & Burant, C. (2004). Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Research in Nursing and Health*, 27(4), 254-258.
- Larson, P. (1981). *Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important caring behaviors*. Tesis doctoral no publicada, University of California, San Francisco.
- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.

- Larson, P., & Ferketich, S. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 690-707.
- Larsson, G., Peterson, V.W., Lampic, C., von Essen, L., & Sjöden P.O. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 855-864.
- Lasch, K.E., Marquis, P., Vigneux, M., Abetz, L., Arnould, B., Bayliss, M., et al. (2010). PRO development rigorous qualitative research as the crucial foundation. *Quality of live Research*, 19(8),1087-1096.
- Laschinger, H.S., Hall, L.M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230.
- Lassen, H.C.A. (1953). A preliminary report on the 1952 epidemic of polyomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. *Lancet*, 1(6749), 37-41.
- Lauver D.R., Ward S.E., Heidrich S.M., Keller M.L., Bowers B.J., Brennan, P.F., et al. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & health*, 25(4), 246-255.
- Lee, M.A. (2001). A study of the perception gap on nursing service between consumers and providers. *Journal of Korea Academy of Nursing*,31(5), 871-884.
- Lee, M.A., & Yom, Y.H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 545–555.
- Lewis, J.R. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science & Medicine*, 39(5), 655–670.

- Libro Blanco. (2007) *Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*. Consultado el 22 de diciembre de 2012 en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007_0630es01.pdf
- Likert, R.A. (1932). A technique for development of attitude scales. *Archives of Psychology*, 140, 44-53.
- Lin, C.C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing*, 12(4), 207–216.
- Liu, Y., & Wang, G. (2007). Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3), 266-271.
- López, A. (2005). La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería*, 8(1), 53-56.
- Lumby, J., & England, K. (2000). Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *International Journal of Nursing Practice*, 6(3), 140-145.
- Lynn M.R., & McMillen B.J. (1999). Do nurses know what patients think is important in nursing care? *Journal of Nursing Care Quality*, 13(5), 65-74.
- Lynn M.R., McMillen B.J. & Sidani S. (2007) Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing Research*, 56(3), 159-166.
- Magnus, V.S., & Turkington, L. (2001). Communication interaction in ICU-patient and staff experiences and influences upon discharge. *Intensive and Critical Care Nurse*, 22(3), 167-180.
- Martín, M.C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.

- Martínez, G. (2002). Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. *Enfermería Intensiva*, 13(3),113-24.
- McColl, E., Thomas, L., & Bond, S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standard*, 10(52), 34-38.
- McDaniel, C., & Nash, J.G. (1990). Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *Quality Review Bulletin*, 16(5),182–188.
- McNeill, J.A., Sherwood, G.D., Starck, P.L., & Nieto, B. (2001). Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients. *Pain Management Nursing*, 2(1), 25-36.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Meeker, B.J. (1994). Preoperative patient education: Evaluating postoperative patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 23, 441–447.
- Megivern, K., Halm, M.A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 9-24.
- Merkouris, A., Infantopoulos, J., Lanara, V., & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7(1), 19-28.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D.E., & Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 355-367.
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patient judgments of hospital quality: report of a pilot study. *Medical Care*, 28(9 Suppl), S1–S56.

- Miles, M. & Huberman, A.M. (1994). Data management and analysis methods. En Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.): *Handbook of qualitative research*. (p. 429-444) London: Sage Publication.
- Miller-Bader, M.M. (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Quality Nursing Assurance*, 2(3), 11–17.
- Milutinovic, D., Simin, D., Brkic, N., & Brkic, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: the psicometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 598-606.
- Mira J.J., & Aranaz J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.
- Mira, J.J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J.A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, IV, 12-18.
- Mira, J.J., Buil, J.A., Rodríguez-Marín, J., & Aranaz, J. (1997). Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 11, 176-189.
- Miranda, D., de Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items-results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 24(1), 64-73.
- Miranda, D., Moreno, R., & Iapichino, G. (1997). Nine equivalents of nursing manpower score (NEMS). *Intensive Care Medicine*, 23(7), 760-765.
- Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & TISS Working Group. (2003). Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374-82.
- Moliner, M.A., & Moliner, J. (1996). La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. *Atención Primaria*, 17, 72-84.

- Molla, M., Berhe, A., Shumye, A., & Adama Y. (2014). Assessment of adult patients' satisfaction and associated factors with nursing care in Black Lion Hospital, Ethiopia; institutional based cross sectional study, 2012. *Academic Journal*, 6(4), 49-57. Consultado el 25 de marzo de 2014, en: <http://www.academicjournals.org/journal/IJNM/article-abstract/CE1222346937>
- Morse, J.M., & Field, P.A. (1995). *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Munro, B.H., Jacobsen, B.S., & Brooten, D.A. (1994). Re-examination of the psychometric characteristics of the La Monica–Oberst Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing & Health*, 17(2), 119-125.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los test* (2ª ed., 5ª imp.). Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Muñiz, J., & Fonseca, E. (2009). *Construcción de instrumentos de medida en psicología*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, S., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quakity of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. Consultado 29 de marzo de 2014, en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa012247>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1995). *Teoría psicométrica*. (3ª ed.). Mexico: Mcgraw-Hill.
- O'Connell, B., Young, J., & Twigg, D. (1999). Patient satisfaction with nursing care: A measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 5(2), 72-77.
- Oberst, M.T. (1984). Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Patients' perceptions of care. Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53(10 Suppl), 2366–2375.

- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K.M., Boslaugh, S., Burroughs, T.E., & Dunagan, C.W. (2009). Patient satisfaction: focusing on “excellent”. *Journal of Healthcare Management*, 54(2), 93-103.
- Padilla, K.L., Gómez, J., Hidalgo, M.D., & Muñiz, J. (2006). La evaluación de las consecuencias del uso de los test en la teoría de la validez. *Psicothema*, 18(2), 307-312.
- Padilla, J.L., González, A., & Pérez, C. (1988). Elaboración del cuestionario. In Rojas, A.J., Fernández, J.S., & Pérez, C., (Eds), *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. (pp. 115-140). Madrid: Editorial Síntesis.
- Padua, J., Ahman, I., Apezechea, H., & Borsotti, C. (1987). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palanca, I., Esteban, A., Elola, J., Bernal, J.L., León, J., Álvarez, J., et. al. (2010). *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. Consultado el 24 de marzo de 2014, en:
www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf
- Parasuraman, A., Berry, L.L., & Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press, Glencoe.

- Pearson, A., Durand, I. & Punton, S. (1989). Determining quality in unit where nursing is the primary intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 269-273.
- Peterson, W.E., Charles, C., Dicenso, A., & Sword, W. (2005). The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 672–681.
- Piredda, M., Cossu, L., Amato, S., Alvaro, R., Tartaglini, D., Spiga, F., et al. (2007). A measure of patient satisfaction with nursing care: the Italian version of “Newcastle Satisfaction with Nursing Scales”. *International Nursing Perspectives*, 7(2-3), 25-31.
- Plan de Salud de Cataluña 2016-2020. (2015). Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Consultado 22 de diciembre de 2015, en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/
- Pujiula, J., Suñer, R., Puigdemont, M., Grau, A., Bertrán, C., Hortal, G., et al. (2006). La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(1), 19-26.
- Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., et al. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6(102), 1-9.
- Quintero, M.T., & Gómez, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichán*, 10(1), 8-18.
- Rafii, F., Hajinezhad, M.E., & Haghani H. (2008). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 75-84.
- Raftopoulos, V. (2005). Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients. *ICUS and Nursing Web Journal*, 20, 1-17.

- Rchaidia, L., Dierckx de Casterle, B., Verbeke, G., & Gastmans, C. (2011). Oncology patients' perceptions of the good nurse: an explorative study on psychometric properties of the Flemish adaptation of the Care-Q instrument. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1387-1400.
- Redmond, G.M., & Sorrell, J.M. (1999). Studying Patient Satisfaction: Patient Voices of Quality. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 67-72.
- Regaira, E., Sola, M., Goñi, R., del Barrio, M., Margall, M.A., & Aisain, M.C. (2010). La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVIQUAL. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 3-10.
- Rial, A., Varela, J., Abalo, J., & Lévy, J.P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. In J. P. Lévy, & Varella (Eds.). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales* (pp. 119-154). España: Gesbiblo, S.L.
- Ríos-Rísquez, M.I., García-Izquierdo, M., Lozano, E., Mateo, G., Sabuco, E., Martínez, F. (2013). Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área. *Emergencias*, 25, 177-183.
- Risser, N.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24(1), 45-52.
- Ristagno, G., & Weil, M.H. (2009). History of critical care medicine: the past, present and future. In Gullo, A., Lumb, P.D., Besso, J., Williams, G.F., (Eds), *Intensive and Critical Care Medicine: WFSICCM*. (pp. 3-17). Milan: Springer-Verlag.
- Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Sola, M., et al. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados

- enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51-62.
- Roldán Merino, J. F. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia*. Tesis doctoral publicada. Consultada el 24 de febrero de 2013, en:
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf?sequence=1
- Romero-García, M., & Trujols-Albet J. (2015). Hacia una mayor incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de los instrumentos de evaluación de la efectividad y calidad de los cuidados. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 1-2.
- Rose, D., Evans, J., Sweeney, A., & Wykes, T. A. (2011). Model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 41-46.
- Scardina S.A. (1994). SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 8, 38-46.
- Schmidt, L.A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 393-399.
- Sepúlveda, G.J., Rojas, L.A., Cárdenas, O.L., Guevara, E., & Castro, A.M. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana. *Revista de la Universidad del Bosque*. Consultado el 17 de marzo de 2011, en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf
- Sierra Bravo, R. (1994). *Técnicas de Investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Sierra, C., Muñoz, A., Peiró, M.A., Valls, S., López, I., Famoso, M.J., et al. (2009). Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los

- cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes. *Enfermería Cardiológica*, 16(47-48), 71-79.
- Siggurthasottir, A.K. (1996). Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *Journal of Nursing Management*, 4, 69-74.
- Silva, M.C.M., Sousa, R.M.C., & Padilha, K.G. (2011). Factors associated with death and readmission into the Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 19(4), 911-919. Consultado el 25 de marzo de 2014, en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400009>
- Simons, K.S., Park, M., Kohlrausch, A., Boogaard, M., Pickkers, P., de Bruijn, et al. (2014). Noise pollution in the ICU: time to look into the mirror. *Critical Care*, 18(4), 493.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 513-559.
- Sohail, MS. (2003). Service quality in hospitals: More favourable than you might think. *Managing Service Quality*, 13(3), 197-206.
- Solano, M.C., & Siles, J. (2003). Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Cultura de los Cuidados*, VII (14), 83-91.
- Sørli, V., Torjuul, K., Ross, A., & Kihlgren, M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients-narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1240-1246.
- Staniszewska, S., & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 364-372.

- Stein-Parbury, J., & McKinley, S. (2000). Patient's experiences of being in an ICU: a select literature review. *American Journal of Critical Care*, 9(1), 20-27.
- Strasser, S., Ahorony, L., & Greenberger D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50(2), 19-48.
- Strasser, S.S, Welch, G.E., & Burge, J.C. (1995). Satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*, 15(3), 34-44.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para *desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Streiner, D.L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*; 80(1), 99-103.
- Streiner, D., & Norman, G. (2003). *Health measurement scales a practical guide to their development and use*. (4^a ed.). New York: Oxford University Press Publications.
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., et al. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372-380.
- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.
- Szklo, M., & Nieto, J. (2003). *Epidemiología intermedia, concepto y aplicaciones*. España: Ediciones Diaz de Santos.
- Tainter, C.R., Levine, A.R., Quraishi, S.A., Butterly, A.D., Stahl, D.L., Eikermann, M. et al. (2016). Noise Levels in Surgical ICUs Are

- Consistently Above Recommended Standards. *Critical Care Medicine*, 44(1),147-52.
- Takrouri, M. (2003). Intensive Care Unit. *The Internet Journal of Health*. 3(2). Consultado el 20 diciembre de 2013, en:
<https://ispub.com/IJH/3/2/10345>
- Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership-the evolution of patient centerdness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 150-155.
- Teas, R.K. (1993). Expectations, performance, evaluation and consumers' perception of quality. *Journal of Marketing*, 57(4), 18-34.
- Thi, P.L., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*, 54(4), 493-504.
- Thomas, L.H., & Bond, S. (1996). Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990–1994. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 747-756.
- Thomas, L.H., MacMillan, J., McColl, E., Priest, J., & Hale, C. (1995). Obtaining patients' views nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), 153-156.
- Thomas, L.H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R.J. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5(2), 67-72.
- Torres, C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en Enfermería*, 28(2), 98-110.
- Torres-Contreras, C., & Buitrago-Vera, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 2(2), 138-148.

- Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E. & Guàrdia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: Opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Preference and Adherence*, 8, 107–117.
- Trujols, J., Portella, M.J., Iraurgi, I., Campins, M.J., Siñol, N., & de los Cobos, J.P. (2013). Patient-reported outcome measures: are they patient-generated, patient-centred or patient-valued? *Journal of Mental Health*, 22(6), 555-562.
- Turris, S.A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 293-298.
- Uriel, E. & Aldás-Manzano J. (2005). *Análisis multivariante aplicado: aplicaciones al marketing, investigación de mercados, economía, dirección de empresas y turismo*. Madrid: Editorial Thomson.
- Uzun O. (2001). Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(1), 24-33.
- Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-1587.
- Velasco, J.M., Prieto, J.F., Castillo J., Merino, N., Perea-Milla, E. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 16(2), 73-83.
- Vincent, J.L. (2013). Critical care – where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(Suppl 1), S2.
- von Essen, L., & Sjöden, P.O. (1991a). Patient and staff perceptions of caring: Review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 1363-1374.

- von Essen, L., & Sjöden, P.O. (1991b). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267-281.
- von Essen, L., & Sjöden, P.O. (1993). Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff, with comparisons to somatically-ill samples. *Research in Nursing and Health*, 16(4), 293-303.
- Wagner, D., & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 692-701.
- Walsh, M., & Walsh, A. (1999) Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 307-315.
- Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. Springer: New York.
- Wichowski, H.C., Kubsh, S.M., Ladwig, J., & Torres C. (2003). Patients' and nurses' perceptions of quality nursing activities. *British Journal of Nursing*, 12(19), 1122-1129.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509–516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359.
- Wolf, Z.R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M.S., & Giardino, E.R. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *MEDSURG Nursing*, 7(2), 99-105.

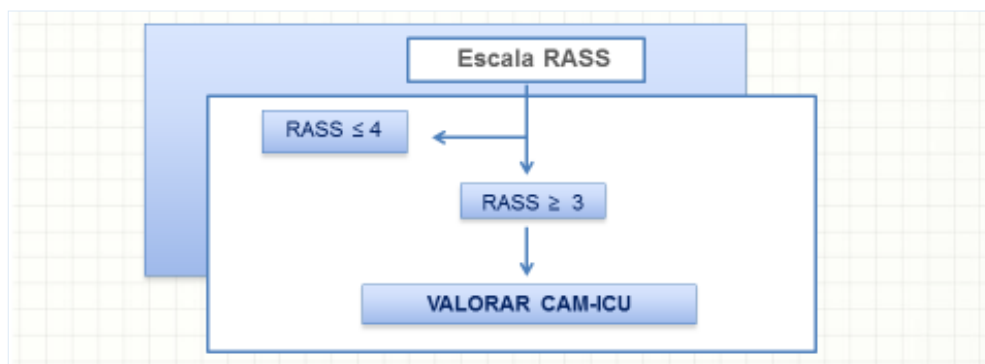
- Wolf, D.M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., Hoffman, L. (2008). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 316-321.
- Yellen, E., Davis, G.C., & Richard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 23-29.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., de Pedro, J.E., & Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de UCI y familiares: indicios para el cambio. *Nure Investigación*, 3. Consultado el 10 de marzo de 2013, en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf
- Zifko-Baliga, G.M., Kramp, R.F. (1997). Management perceptions of hospital quality. *Marketing Health Services*, 17(1), 28-36.

8. ANEXOS

Anexo 1. Formulario *ad-hoc* para las variables sociodemográficas y clínicas.

CODIGO-IDENTIFICACIÓN PACIENTE		CONSENTIMIENTO VERBAL	CITA ENTREVISTA	
		<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	Lugar : <input type="checkbox"/> 1 Habitación <input type="checkbox"/> 2 Sala de información <input type="checkbox"/> 3 Otros..... Fecha: Hora: Sala:	
		CONSENTIMIENTO ESCRITO		
		<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		
Edad:...	Nivel de estudios:		Estado civil:	
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> 1 Activo Parado-a <input type="checkbox"/> 2 Activo Ocupado-a <input type="checkbox"/> 3 Pre-jubilado-a <input type="checkbox"/> 4 Jubilado-a <input type="checkbox"/> 5 Estudiante <input type="checkbox"/> 6 Ni estudia ni trabaja <input type="checkbox"/> 7 Ama de casa	<input type="checkbox"/> 1 .Sin estudios <input type="checkbox"/> 2 .Graduado escolar (EGB) <input type="checkbox"/> 3 Enseñanza obligatoria (ESO) <input type="checkbox"/> 4 BUP <input type="checkbox"/> 5 COU <input type="checkbox"/> 6 Bachillerato <input type="checkbox"/> 7 Módulos <input type="checkbox"/> 8 Formación Profesional <input type="checkbox"/> 9 Diplomatura <input type="checkbox"/> 10 Licenciatura <input type="checkbox"/> 11 Doctorado		<input type="checkbox"/> 1 Casado-a <input type="checkbox"/> 2 Vive en pareja <input type="checkbox"/> 3 Soltero-a <input type="checkbox"/> 4 Separado-a <input type="checkbox"/> 5 Divorciado-a <input type="checkbox"/> 6 Viudo-a <input type="checkbox"/> 7 Vive acompañado de:	
			Aislamiento UCI: <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No Días:	
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 2 Mujer	Profesión:		Ingresos previos en UCI: <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	
Información recibida: <input type="checkbox"/> 1 Con información previa sobre el proceso médico en la UCI <input type="checkbox"/> 2 Con información sobre el proceso postquirúrgico en la UCI <input type="checkbox"/> 3 Sin información previa sobre proceso médico en la UCI <input type="checkbox"/> 4 Sin información previa sobre el proceso postquirúrgico en la UCI			Día de ingreso en UCI:	
Días de hospitalización previa al ingreso en UCI:			Días de estancia en UCI:	
Diagnóstico de ingreso en UCI: <input type="checkbox"/> 1 Respiratorio <input type="checkbox"/> 2 Cardiológico <input type="checkbox"/> 3 Renal <input type="checkbox"/> 4 Infeccioso <input type="checkbox"/> 5 Neurológico <input type="checkbox"/> 6 Politraumático <input type="checkbox"/> 7 Vascular <input type="checkbox"/> 8 Hematológico <input type="checkbox"/> 9 Digestivo <input type="checkbox"/> 10 Otros.....			Diagnóstico de alta en UCI: <input type="checkbox"/> 1 Respiratorio <input type="checkbox"/> 2 Cardiológico <input type="checkbox"/> 3 Renal <input type="checkbox"/> 4 Infeccioso <input type="checkbox"/> 5 Neurológico <input type="checkbox"/> 6 Politraumático <input type="checkbox"/> 7 Vascular <input type="checkbox"/> 8 Hematológico <input type="checkbox"/> 9 Digestivo <input type="checkbox"/> 10 Otros.....	
Procedencia del paciente al ingreso: <input type="checkbox"/> 1 Urgencias <input type="checkbox"/> 2 Quirófano Cardíaca programado <input type="checkbox"/> 3 Quirófano Cardíaca no programado <input type="checkbox"/> 4 Hemodinámica <input type="checkbox"/> 5 Sala de hospitalización <input type="checkbox"/> 6 Semicríticos <input type="checkbox"/> 7 Reanimación <input type="checkbox"/> 8 SEM <input type="checkbox"/> 9 Otro hospital			Días de ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> 1 Intubado.....horas..... <input type="checkbox"/> 2 Traqueostomizado.....horas..... <input type="checkbox"/> 3 Con V.N.I.....horas.....	

Anexo 2. Valoración de delirio mediante la escala *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)*



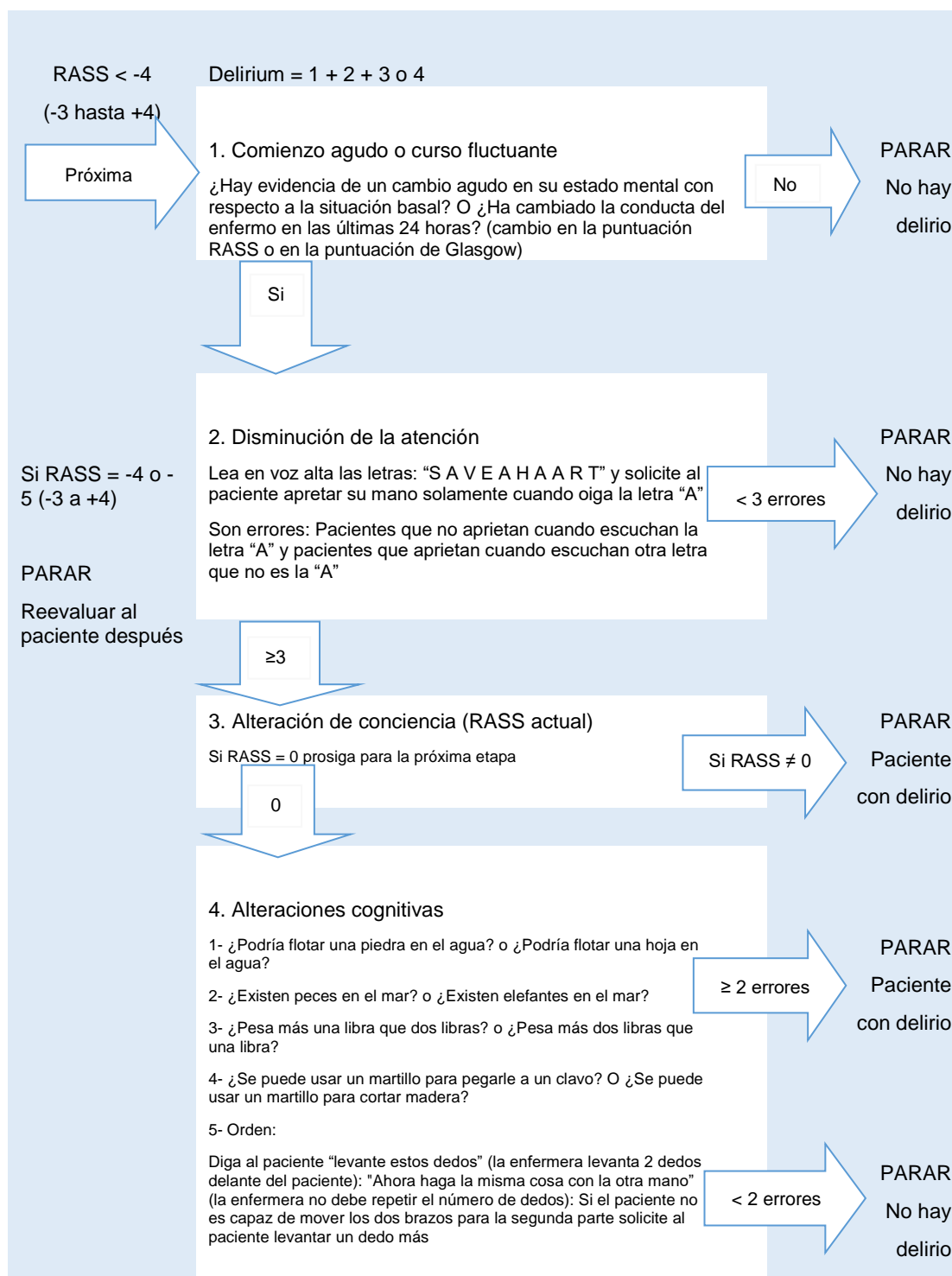
Primer paso: Evaluación de la Sedación mediante la *Escala de Agitación y Sedación de Richmond (RASS)*

Escala de *Agitación y Sedación de Richmond: RASS**

Puntaje	Término	Descripción	
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo	
+3	Muy agitado	Se retira los tubos o catéteres: agresivo	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto (apertura y contacto ocular) a la llamada verbal (≥ 10 segundos)	Estimulación verbal
-2	Sedación leve	Despierta brevemente al llamado verbal con contacto ocular (< 10 segundos)	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal (pero sin contacto visual)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico	Estimulación física
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o estímulo físico	

* Si **RASS** es **-4** o **-5**. Deténgase y reevalúe al paciente posteriormente

* Si **RASS** es mayor a **-4** (**-3** a **+4**), entonces proceda con el segundo Paso

Segundo paso: Evaluación de la escala *CAM-ICU* ¹**Método de evaluación de confusión mental en la UCI (*CAM-ICU*)**

¹ Extraído de: Tobar, E., Romero, C., Galleguillos, T., Fuentes, P., Cornejo, R., Lira, M.T. et al. (2010). Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Medicina Intensiva*, 34(1), 4-13.

Anexo 3. Test de *Glasgow Coma Score*.

Test de *Glasgow Coma Score*¹

APERTURA DE OJOS	Esponánea	4
	A la orden	3
	Al dolor	2
	Nula	1
RESPUESTA VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabra inadecuada	3
	Sonido incomprensible	2
	Nula	1
RESPUESTA MOTORA	Obedece órdenes	6
	Localiza dolor	5
	Flexión normal dolor	4
	Flexión anormal dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Nula	1
Puntuación Test de <i>Glasgow</i>		

¹ Extraído de: Jennet, B., y Teasdale, G. (1977). Aspect of coma after severe head injury. *Lancet*, 1(8017), 878-881.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria

HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
DIRECCIÓ D'INFERMERIA

Anexo 4. Hojas informativas y consentimiento informado (I)

ESTUDIO: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CRÍTICO. VALIDEZ DE CONTENIDO.

HOJA INFORMATIVA (I)

Investigadoras: Sra. Marta Romero García

Sede: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Informadora: Sra. Marta Romero García

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación diseñado por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Durante el proyecto se seguirán las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]). Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau con el siguiente nº de protocolo 10/083/1122.

Objetivo del estudio:

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal construir y validar un cuestionario que permita evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico.

Beneficios del estudio:

Este cuestionario permitirá evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros y así, poder mejorar nuestra práctica diaria y la calidad de los cuidados que proporcionamos a las personas ingresadas en la UCI.

Riesgos e incomodidades:

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que usted tenga que dedicarnos un máximo de 40 minutos de su tiempo pudiendo afectar a su rutina diaria

Procedimientos del estudio:

En caso de aceptar participar, en este estudio:

- Se le pedirá que complete un cuestionario de, aproximadamente 15 minutos de duración, de su percepción sobre los cuidados enfermeros recibidos en la UCI y la satisfacción con los mismos.
- Durante la validez de contenido, con el objetivo de realizar la evaluación funcional del cuestionario, se le pedirá que lo rellene conjuntamente con una investigadora del estudio. De esta manera podremos tomar nota sobre la comprensión de las preguntas y la facilidad para rellenarlo. El tiempo destinado a la valoración del cuestionario puede oscilar entre los 15 y 30 minutos.
- Se accederá a su Historia Clínica con el objetivo de completar los datos de nuestro estudio.

Garantía de participación voluntaria:

Su decisión de participar o no participar en este proyecto es totalmente voluntaria y no influirá en los cuidados de su enfermedad. Asimismo, puede retirarse del mismo en cualquier momento que crea oportuno, sin que ello repercuta en su atención.

Confidencialidad:

Le garantizamos que la información que usted nos aporte será confidencial y sus datos estarán protegidos de acuerdo a la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]).



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria



Anexo 4. Hojas informativas y Consentimiento informado (II)

ESTUDIO: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CRÍTICO. VALIDEZ DE CONTENIDO.

HOJA INFORMATIVA (II)

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.
- De acuerdo con lo especificado en la Lode 1999, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, se limitará el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.
- La información primaria obtenida en este estudio, será custodiada durante seis años por el equipo investigador, comprometiéndose a destruirla al finalizar el plazo definido. Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.
- En caso de que tenga dudas sobre su participación en el estudio, sea cual fuere la fase del mismo, puede contactar con:

Marta Romero García
Telf.: 648539298
martaromero@ub.edu

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Documento de Consentimiento Informado anexa a este documento:



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i EU d'Infermeria



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
DIRECCIÓ D'INFERMERIA

Anexo 4. Hojas informativas y Consentimiento informado (III)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Anexo 5. La Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS)**Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS)**

Este cuestionario tiene por objetivo conocer su nivel de satisfacción respecto a los cuidados dados por las enfermeras durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Su experiencia y opinión nos es francamente valiosa, ya que nos será útil para mejorar la atención de los futuros pacientes que cuidemos en nuestra Unidad, por ello le pedimos que sea sincero y franco en sus respuestas. Le garantizamos la confidencial y el anonimato de sus datos.

Le agradecemos que destine unos minutos de su tiempo para aportar su opinión.

Por favor, antes de devolver el cuestionario compruebe que todas las preguntas han sido contestadas.

A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Se han presentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Han acudido con rapidez cuando las he necesitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Han demostrado habilidad en la realización de las técnicas (p.ej. extraer sangre, aspirar secreciones, manejo de las máquinas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Han demostrado saber lo que tienen que hacer en cada momento tanto a nivel técnico como humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Han tenido una actitud profesional en sus cuidados tanto a nivel técnico como humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Han procurado que no tuviera dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me han administrado la medicación puntualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Me han escuchado cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Han sabido lo que tienen que hacer en cada momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Han trabajado en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Han resuelto los problemas que he tenido con la evolución de mi enfermedad y el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Me han dado cuidados de forma continuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Han demostrado que les gusta su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Han estado pendientes de mi todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Han procurado mantenerme limpio/a y con la piel hidratada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
16	Han sido respetuosas con mi sueño y descanso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Han curado bien mis heridas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Me han movido y cambiado de posición cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Se han preocupado para que estuviera confortable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Me han explicado lo que iban a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Han mantenido una relación de confianza conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Han estado atentas a mis necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Han mostrado paciencia durante los cuidados prestados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Han sabido ponerse en mi lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Han contestado a mis preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Han trabajado con una sonrisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Me han dado apoyo emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Han sabido anticipar los cuidados antes de que los pidiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Han sido sensibles a mi sufrimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Me han mirado cuando entraban en la habitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Me han dado un trato humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Me han cuidado con cariño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Han favorecido que me comunicara con ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Me han atendido con tacto/sensibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Me han proporcionado cuidados que me han ayudado a recuperarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Han mantenido un trato cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Me han cuidado de forma individualizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B	Durante mi estancia en UCI, los cuidados enfermeros recibidos han hecho sentirme:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
38	Optimista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Que contaban con mi opinión en relación a los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Que estaba en “manos de la enfermera”, ante mi situación de dependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Que estaba cuidado por enfermeras eficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Como un número, un objeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Agradecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Físicamente seguro a pesar de tener máquinas conectadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Con ganas de seguir viviendo, luchando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Desatendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 6. Preguntas generales de la *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale* (NICSS).

C Preguntas generales:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
50 Me siento satisfecho con los cuidados dados por las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Si necesitara ayuda otra vez, desearía que me volvieran a cuidar en esta UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Los cuidados dados por las enfermeras son como yo los esperaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 ¿Qué es lo que más le ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI? _____ _____ _____						
54 ¿Qué es lo que menos le ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI? _____ _____ _____						
55 Comentarios o situaciones concretas que desee expresar: _____ _____ _____						

Anexo 7. Formulario *ad-hoc* para las variable sociodemográficas y clínicas

Datos sociodemográficos		
Edad: _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> 1 Casado-a <input type="checkbox"/> 2 Vive en pareja <input type="checkbox"/> 3 Soltero-a <input type="checkbox"/> 4 Separado-a <input type="checkbox"/> 5..Divorciado-a <input type="checkbox"/> 6 Viudo-a	Personas a su cargo: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 Niños <input type="checkbox"/> 4 Personas discapacitadas <input type="checkbox"/> 5 Personas de edad avanzada <input type="checkbox"/> 2 No
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 2 Mujer		
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> 1 En paro <input type="checkbox"/> 2 Trabajando <input type="checkbox"/> 3 Pre-jubilado-a <input type="checkbox"/> 4 Jubilado-a <input type="checkbox"/> 5 Estudiante <input type="checkbox"/> 6 Otras situaciones: _____	Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> 1 Sin estudios <input type="checkbox"/> 2 Graduado escolar (EGB) <input type="checkbox"/> 3 Enseñanza obligatoria (ESO) <input type="checkbox"/> 4 BUP <input type="checkbox"/> 5 COU <input type="checkbox"/> 6 Bachillerato <input type="checkbox"/> 7 Módulos ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8 Formación Profesional ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 9 Diplomatura ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 10 Licenciatura ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 11 Doctorado ¿Cuál? _____	
Fecha de alta de la UCI: _____ ¿Cuántos días ha estado ingresado en UCI?: _____ días Causa o enfermedad por la que ingreso en UCI: _____ ¿Ha estado antes ingresado en UCI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En este momento, valore como percibe su estado de salud: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Pésimo Excelente </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 12345678910 </div>		
En este momento, valore su grado de recuperación desde el ingreso en UCI: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> No he mejorado nada Me he recuperado totalmente </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 12345678910 </div>		

Anexo 8. *La Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)*

Este cuestionario tiene por objetivo conocer su nivel de satisfacción respecto a los cuidados dados por las enfermeras durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Su experiencia y opinión nos es francamente valiosa, ya que nos será útil para mejorar la atención de los futuros pacientes que cuidemos en nuestra Unidad, por ello le pedimos que sea sincero y franco en sus respuestas. Le garantizamos la confidencial y el anonimato de sus datos. Le agradecemos que destine unos minutos de su tiempo para aportar su opinión. Por favor, antes de devolver el cuestionario compruebe que todas las preguntas han sido contestadas.

1	La enfermera prestó sus servicios con competencia:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
2	La enfermera sabía algo de mi enfermedad:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
3	La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
4	La enfermera me dio instrucciones para cuidarme yo mismo en casa:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
5	La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
6	La enfermera me comunicó los problemas que podía esperar:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
7	La enfermera me dijo lo que podía ocurrirme en casa:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
8	La enfermera explicaba todos los procedimientos antes de hacerlos:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
9	La enfermera parecía demasiado ocupada en el control de enfermería para dedicar un rato a hablar conmigo:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
10	La enfermera explicaba las cosas en términos que yo no podía entender:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				
11	La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema:								
	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo	
	1	2	3	4	5				

La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores:	
12	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera fue lo más amable posible cuando hacía técnicas dolorosas:	
13	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera me trataba como un número en vez de como una persona:	
14	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera parecía entender cómo me sentía:	
15	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas:	
16	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera no fue amable:	
17	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme:	
18	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>
La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta:	
19	<div> <div>Totalmente en desacuerdo</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> </div> <div>Totalmente de acuerdo</div> </div>

Extraído de: Cuñado A, Bernardo C, Rial C, Marco A, García F. (2002). Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica*, 12(5), 273-80.

Anexo 9. Permiso para utilizar la validación en español de La *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale*

PERMISO DE UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO:
VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CONSUMER EMERGENCY CARE
SATISFACTION (CECSS)

En calidad de autora de la versión adaptada al castellano del Cuestionario manifiesto que he sido informada del uso de la versión española del *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* en un estudio titulado "*Diseño y validación de un cuestionario de Satisfacción con los cuidados enfermeros en el paciente crítico*" realizado por la Sra. **Marta Romero**, estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona. Y doy mi aprobación para el uso del *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)* en el marco del citado estudio.

Atentamente,



Dra. Ascensión Cuñado Barrio

Barcelona, 6 de febrero de 2014

Anexo 10. Puntuación para la *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)*

Subescala	Ítems	Puntuación
Competencia profesional	1 La enfermera prestó sus servicios con competencia	1-5
	2 La enfermera sabía algo de mi enfermedad	1-5
	3 La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba	1-5
	5 La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue	0
	8 La enfermera explicaba todos los procedimientos antes de hacerlos	1-5
	9 La enfermera parecía demasiado ocupada en el control de enfermería para dedicar un rato a hablar conmigo	0
	10 La enfermera explicaba las cosas en términos que yo no podía entender	1-5
	11 La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema	1-5
	12 La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores	1-5
	13 La enfermera fue lo más amable posible cuando hacía técnicas dolorosas	1-5
	14 La enfermera me trataba como un número en vez de como una persona	0
	15 La enfermera parecía entender cómo me sentía	1-5
	16 La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas	1-5
	17 La enfermera no fue amable	0
	18 La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme	1-5
	19 La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta	1-5
Información	4 La enfermera me dio instrucciones para cuidarme yo mismo en casa	1-5
	6 La enfermera me comunicó los problemas que podía esperar	1-5
	7 La enfermera me dijo lo que podía ocurrirme en casa	1-5
Puntuación total CECSS		15-75



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

DIRECCIÓ D'INFERMERIA

Anexo 11. Hojas informativas y consentimiento informado (I)

ESTUDIO: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CRÍTICO

HOJA INFORMATIVA (I)

Investigadora: Sra. Marta Romero García

Sede: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Informadora: Sra. Marta Romero García

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación diseñado por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Durante el proyecto se seguirán las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]). Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau con el siguiente nº de protocolo 10/083/1122.

Objetivo del estudio:

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal construir y validar un cuestionario que permita evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico.

Beneficios del estudio:

Este cuestionario permitirá evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros y así, poder mejorar nuestra práctica diaria y la calidad de los cuidados que proporcionamos a las personas ingresadas en la UCI.

Riesgos e incomodidades:

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que usted tenga que dedicarnos un máximo de 30 minutos de su tiempo pudiendo afectar a su rutina diaria

Procedimientos del estudio:

En caso de aceptar participar, en este estudio:

Se le pedirá que complete dos cuestionarios de, aproximadamente 15 y 7 minutos de duración, de su percepción sobre los cuidados enfermeros recibidos en la UCI y la satisfacción con los mismos.

Durante las 24-48 horas de la cumplimentación del primer cuestionario y con el objetivo evaluar la estabilidad temporal del cuestionario, se le pedirá que lo rellene nuevamente. El tiempo destinado a cumplimentarlo será de unos 15 minutos.

GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su decisión de participar o no participar en este proyecto es totalmente voluntaria y no influirá en los cuidados de su enfermedad. Asimismo, puede retirarse del mismo en cualquier momento que crea oportuno, sin que ello repercuta en su atención.

CONFIDENCIALIDAD:

Le garantizamos que la información que usted nos aporte será confidencial y sus datos estarán protegidos de acuerdo a la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]).



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) EU d'Infermeria



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

DIRECCIÓ D'INFERMERIA

Anexo 11. Hojas informativas y Consentimiento informado (II)

ESTUDIO: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CRÍTICO

HOJA INFORMATIVA (II)

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.
- De acuerdo con lo especificado en la Lode 1999, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, se limitará el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.
- La información primaria obtenida en este estudio, será custodiada durante seis años por el equipo investigador, comprometiéndose a destruirla al finalizar el plazo definido. Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.
- En caso de que tenga dudas sobre su participación en el estudio, sea cual fuere la fase del mismo, puede contactar con:

Marta Romero García
Telf: 648539298
martaromero@ub.edu

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Documento de Consentimiento Informado anexa a este documento:



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i EU d'Infermeria



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

DIRECCIÓ D'INFERMERIA

Anexo 11. Hojas informativas y Consentimiento informado (III)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Anexo 12. Aprobación del comité de investigación y ética del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.



Sant Antoni Ma Claret, 167 · 08025 Barcelona
Tel. 93 291 90 00 · Fax 93 291 94 27
e-mail: santpau@santpau.cat
www.santpau.cat

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

TÍTULO: Percepción de los pacientes críticos en relación a la satisfacción de los cuidados enfermeros		
CÓDIGO: 11/044/1209	IP: Sra. M. Romero	SERVICIO: UCI General

Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació de Gestió Sanitària del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

CERTIFICA:

Que en su reunión de fecha 12 de Abril de 2011 este Comité ha analizado el proyecto de investigación de referencia y considera que se ajusta a las disposiciones vigentes.

Por ello, ha acordado informar favorablemente sobre su realización.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 13 de Abril de 2011.



 FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE
L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
Dra. Milagros Alonso

Anexo 13. Admisión del Proyecto de investigación en el Programa de Doctorado.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Comissió Acadèmica
Doctorat en Ciències Infermeres
Escola d'Infermeria
Campus de Ciències de la Salut Bellvitge
Pavelló de Govern, 3^a planta
C/ Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
doctorat-infermeria@ub.edu

1993

Acord de la Comissió Acadèmica dels estudis del Programa de doctorat en Ciències Infermeres acceptant la sol·licitud d'admissió del Pla de Recerca

En la reunió de la Comissió Acadèmica dels Estudis de Doctorat en Ciències Infermeres de l'Escola Universitària d'Infermeria, del dia 27 de juny de 2014 s'acordà acceptar la sol·licitud presentada per la Sra. **Marta Romero Garcia**, i en conseqüència, admetre el seu Pla de Recerca titulat **Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico** i assignar-li el/la Dr./a. M. Teresa Lluch Canut i la Dra. M. Pilar Delgado Hito, com a director/a de la tesi, i al Dr/a. M. Teresa Lluch Canut, com a tutor/a de la tesi.

Observacions:

- Recordem que cal publicar un article de revisió o de resultats entre el primer i segon any. Caldrà incloure aquest aspecte en el proper informe

Barcelona, a 27 de juny de 2014

Signat:

Dra. Enriqueta Force Sanmartin
Secretària de la Comissió Acadèmica del Programa de Doctorat

Vist-i-plau:

Dra. Josefina Goberna Tricas
Presidenta de la Comissió Acadèmica del Programa de Doctorat

Anexo 14. Participación en Congresos

2012 Comunicación oral

Título: “La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción”

Romero García, M.; de la Cueva Ariza, L.; Delgado Hito, P.; Jover Sancho, C.; Acosta Mejuto, B.; Juandó Prats, C.; Ricart Basagaña, T.; Sola Sole, N.; Sola Ribo, M.

Recibió el **PRIMER PREMIO** SEEIUC 2012 a la mejor comunicación oral sobre temas libres en el Congreso: XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

Santander, 10-13 de junio 2012

Publicación: Libro de comunicaciones

ISBN: 978-84-695-3125-9

2013 Comunicación oral

Título: “Experiencias vividas de los pacientes ingresados en cuidados intensivos”

Acosta Mejuto, B; Ricart Basagaña, T; Sola Ribo, M; **Romero García, M**; Jover Sancho, C; Sola Sole, N; Delgado Hito, P; de la Cueva Ariza L.

Comunicación oral presentada en el XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)

Tenerife, 9-12 de junio 2013

Publicación: Libro de comunicaciones

ISBN-13: 978-84-695-7265-8

2014 Comunicación oral

Título: “Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico”

Jover Sancho C, **Romero García M**, de la Cueva Ariza L, Delgado Hito P, Acosta Mejuto B, Ricart Basagaña MT, Solà Ribó M, Solà Solé N.
Recibió el **SEGUNDO PREMIO** a la mejor Comunicación oral presentada al X Congreso Panamericano FEPIMCTI 2014 e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva
Madrid, 15-18 junio 2014
Publicación: Medicina Intensiva. 2014;38(Espec Cong):1-441

2014 Ponencia invitada

Título: "La combinación humano-técnica: la opinión de los pacientes"

Romero-García M.

Mesa Redonda: "Humanización de la atención del paciente crítico"
Ponencia presentada al X Congreso Panamericano FEPIMCTI 2014
Lugar: Madrid, 15-18 de junio de 2014

2015 Comunicación oral

Título: Content validity study of a questionnaire of satisfaction with nursing care.

Romero-García, M., de-la-Cueva-Ariza, L., Delgado-Hito, P., Trujols-Albet, J., Lluch-Canut; M.T, Acosta-Mejuto, B., Jover-Sancho, C., Ricart-Basagaña, M.T. Solà-Ribó, M., Solà-Solé, N.
Comunicación oral presentada en el 6th EfCCNa CONGRESS 2015. Expanding Horizons of Critical Care Nursing in Europe
Lugar: Valencia, 29, 30 y 31 de enero 2015

2015 Poster

Título: Dimensiones humanistas del cuidado enfermero: la perspectiva del paciente crítico.

Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza L., Jover-Sancho, C., Acosta-Mejuto, B., Sola Sole, N.
Póster presentado a las XX Jornadas de Humanización de la Salud.
Lugar: Madrid, 27 y 28 de mayo 2015

Anexo 15. Publicaciones

Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Sola, M., et al. (2013).

La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2):51-62.

Categoría/Especialidad (WoS*): Nursing

Factor de Impacto (WoS*): No está indexada en WoS. Índice de impacto de CUIDEN CITACION 2010 (Revistas de enfermería en habla hispana): RIC 0'600 2º cuartil

de la Cueva, L., **Romero, M.**; Delgado, P.; Acosta, B., Jover, C; Ricart, M.T., et.al.

(2014). Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1):201–210.

Categoría/Especialidad (WoS*): Nursing

Factor de Impacto(WoS*): 1.518 (9/70, Nursing (Social Science)); 10/72, Nursing (Science).

Jover-Sancho, C., **Romero-García, M.**, Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-

Solé, N., Acosta-Mejuto, B., et al. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente. *Enfermería Intensiva*, 26(1):3-14.

Categoría/Especialidad (WoS*): Nursing

Factor de Impacto (WoS*): No está indexada en WoS. Índice de impacto de CUIDEN CITACION 2010 (Revistas de enfermería en habla hispana): RIC 0'600 2º cuartil.

Romero-García, M., y Trujols-Albet J. (2015). Hacia una mayor incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de los instrumentos de evaluación de la efectividad y calidad de los cuidados. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 1-2.

Categoría/Especialidad (WoS*): Nursing

Factor de Impacto (WoS*): No está indexada en WoS. Índice de impacto de CUIDEN CITACION 2010 (Revistas de enfermería en habla hispana): RIC 0'600 2º cuartil.

